Die psychodynamischen Auswirkungen chronischer Krankheit im Kindesalter auf das den Kindern nahe Sozialisationsklientel

vorgelegt von

Eckhard E. Hümme

als DISSERTATION zur Erlangung des Grades eines Doktors der Erziehungswissenschaften (Dr.paed.) vom Promotionsausschuß der Abteilungen 12-16 der Universität Dortmund für das Fach Psychologie angenommen.

Dortmund

1982

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538101_0024

Die psychodynamischen Auswirkungen chronischer Krankheit im Kindesalter auf das den Kindern nahe Sozialisationsklientel

vorgelegt von

Eckhard E. Hümme

als DISSERTATION zur Erlangung des Grades eines Doktors der Erziehungswissenschaften (Dr.paed.)

vom Promotionsausschuß der Abteilungen 12-16
der Universität Dortmund
für das Fach Psychologie angenommen.

Dortmund
1982

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

1. Gutachter: Prof. Dr. phil. Walter Piel

2. Gutachter: Prof. Dr. phil. Wolf Brüne

Tag der mündlichen Prüfung: 16.9.1982

Inhaltsverzeichnis

		Seite
1.	Einleitung	1
2.	Häufigkeit von Behinderungen	4
2.1.	Chronische Krankheit im Kindesalter als Behinderung	5
2.1.1.	Häufigkeit chronischer innerer Erkrankung im Kindesalter	7
3.	Literaturüberblick	10
3.1.	Die Persönlichkeit chronisch kranker Kinder	15
3.1.1.	Die psychischen Funktionen chronisch kranker Kinder	15
3.1.2.	Die psychischen Kräfte	23
3.2.	Beurteilung der Literatur	39
3.2.1.	Gegenstandskritik	40
3.2.2.	Methodenkritik	43
3.2.3.	Zusammenfassende Bewertung der referierten Literatur	45
3.3.	Literaturüberblick: Chronisch kranke Kinder und ihre Familien	46
3.3.1.	Die Eltern der betroffenen Kinder	46
3.3.2.	Die Geschwister der betroffenen Kinder	55
3.3.3.	Die Dynamik der Familienbeziehungen	57
3.4.	Zusammenfassende Beurteilung der referierten Literatur	60
4.	Begriffserklärung, Fragestellung und Hypothesen	64
4.1.	Begriffserklärung	64
4.2.	Fragestellung	66
4.3.	Hypothesen	67
5.	Methode der Untersuchung	70
5.1.	Verfahren zur Datengewinnung	74
5.1.1.	Befragung	74
5.1.2.	Questionnaire Resources and Stress (QRS)	78

		Seite
5.1.3.	Fragebogen für Verhaltensstörungen	80
5.1.4.	Mütterfragebogen	81
5.1.5.	Soziographischer Fragebogen	83
5.2.	Untersuchungsstichprobe	85
5.3.	Äußerer Untersuchungsablauf	87
6.	Darstellung der einzelnen Untersuchungen mit Interpretation der Ergebnisse	92
6.1.	Soziographische Darstellung der Familien	92
6.1.1.	Soziographische Daten der erkrankten Kinder	92
6.1.2.	Soziographische Daten der Eltern	99
6.2.	Interview	105
6.3.	Fragebogen für Verhaltensstörungen	119
6.4.	Questionnaire on Resources and Stress (QRS)	123
6.5.	Mütterfragebogen	137
7.	Zusammenfassende Diskussion der Ergebnisse	141
8.	Gesamtzusammenfassung	153
	Literaturverzeichnis	156
	Anhang	

1. Einleitung

Jede körperliche Erkrankung einer Person wird auch immer begleitet von psychischen Prozessen, die sich einer ausschließlich somatischen Betrachtungsweisen entziehen. Diese Prozesse sind einer psychosozialen Dimension zuzuordnen und mit den Theorien und Modellen psychologischer und sozialer Wissenschaften zu beschreiben (Langenmayr, 1980; Harbauer, 1979). Dabei stellt eine mehr psychologisch orientierte Betrachtungsweise die sich ändernden psychischen Funktionen und Kräfte in den Vordergrund ihrer Betrachtung, während bei einem mehr sozialgeleiteten Interesse des Betrachters das Problem der sozial-evaluativen Bewertung von Krankheiten zentraler Gegenstand der wissenschaftlichen Auseinandersetzung wird.

In den letzten Jahren ist ein zunehmendes wissenschaftliches Interesse an den psychischen Begleiterscheinungen körperlicher Krankheiten festzustellen. Dieses zeigt sich an einer deutlich erhöhten Zahl der Publikationen zu diesem Themenbereich (Psychological Abstracts, 1965-1980).

Zur Erklärung dieses Phänomens bieten sich im wesentlichen zwei Hypothesen an:

1. Die rein somatisch orientierte Betrachtung körperlicher Krankheiten ist in der Medizinforschung unter dem Einfluß interdisziplinärer Zusammenarbeit um den psychologisch-sozialwissenschaftlichen Erkenntnisstand erweitert worden. Die Medizinforschung hat sich geöffnet, indem sie ihre Fragestellungen entscheidend um die psychosoziale Dimension erweiterte. Dieser Prozeß ist jedoch durchaus interdependent zu sehen, da auch die sozialwissenschaftlichen Disziplinen sich vermehrt dem Gegenstand Krankheit unter Berücksichtigung ihrer spezifischen Theorie- und Modellvorstellungen zuwandten.
2. Die teilweise sehr hohen Behandlungserfolge in der Medizin haben zu zusätzlichen Problemen und damit ei-

ner Erweiterung des Gegenstandes Krankheit geführt: In allen Teilbereichen der Medizin überleben Patienten mit Krankheiten, die noch vor wenigen Jahren sicher zum Tode führten. Damit verbunden ist jedoch die Chronifizierung von Krankheitsprozessen, die weitere Probleme bedingen. Den daraus resultierenden Fragestellungen kann sich eine sich auch als soziale Wissenschaft verstehende Medizin nicht verschließen. Die Medizinforschung hat diese Forderung angenommen, die stark gestiegene Zahl der Publikationen zu diesem Themenbereich belegt dieses.

In der Pädiatrie hat der zweifelsfrei vorhandene medizinische Fortschritt mit den erhöhten Behandlungserfolgen zu einer Änderung der Patientenstruktur geführt. Der Pädiater wird mehr als früher mit Patienten konfrontiert, deren medizinisches Krankheitsbild er beherrschen oder besser beherrschen kann, allerdings unter der Einschränkung, daß er regelmäßig wiederkehrend Manipulationen an dem Kind vornehmen muß, die oft eine dauernde Abhängigkeit von medizinischer Versorgung für das Kind bedeuten und damit zu einer Beeinträchtigung der Lebensqualität des Kindes führen können. Damit stellt sich die Frage, welchen einschränkenden Lebensbedingungen diese Kinder unterliegen, welche Konsequenzen sich daraus für die Persönlichkeitsentwicklung der betroffenen Kinder ergeben und welche Rückwirkung evtl. Persönlichkeitsbeeinträchtigungen für den Krankheitsverlauf bedeuten können. Um diese Aspekte hat der Pädiater seine originär medizinische Fragestellung zu erweitern, um dem Kind - nicht dem Krankheitsbild - gerecht zu werden. Die Literatur zu dieser Frage ist eindeutig,und die Interdependenz von psychischen und somatischen Faktoren wird übereinstimmend herausgestellt (Harbauer u.a., 1979; Steinhausen, 1975).

Bei Berücksichtigung kommunikations- und interaktionstheoretischer sowie psychodynamischer Ansätze in der

Psychologie genügt die alleinige Betrachtung des betroffenen Kindes jedoch nicht. In der Regel leben die betroffenen Kinder in Familien als Gruppen. Eine durch eine chronische Krankheit hervorgehobene Position eines Kindes in dieser Gruppe kann zu einer Dynamik von Gruppenprozessen führen, die für alle Beteiligten zu einer Änderung der Beziehungsdynamik und damit zu einer erheblichen Belastung der Gruppeninteraktion führen kann.

Unter Berücksichtigung dieses Aspektes will die vorliegende Arbeit untersuchen, welche psychodynamischen Auswirkungen die chronische Krankheit eines Kindes auf die Bezugspersonen der primären Sozialisationsinstanz Familie hat und in welcher Weise die Dynamik der Gruppenbeziehung beeinflußt wird.

2. Häufigkeit von Behinderungen

Die Aussagen epidemiologischer Studien zur Häufigkeit von Behinderungen innerhalb von Gesamtpopulationen sind widersprüchlich (Theile, 1977; Behrend u.a., 1977; Gsell, 1977).

Alle Angaben zur Häufigkeit von Behinderungen im Kindesalter beziehen sich auf Stichprobenerhebungen und Stichprobenschätzungen. Die Angaben sind uneinheitlich.

Auf der Basis der Stichprobe des Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahre 1966 werden 104 000 Kinder unter 15 Jahren als behindert angegeben. Dieses entspricht 0,8 % der Altersgruppe. v.Bracken (1968) errechnete 8% im pädagogischen Sinne behinderte Kinder. Die Differenz erklärt sich auch daher, daß der Mikrozensus im Gegensatz zu der Erhebung von Brackens nicht nach Lernbehinderung fragte. Der deutsche Bildungsrat (1974) spricht von einem Anteil von ca. 6 % behinderten Kindern an den Kindern im schulpflichtigen Alter. Bachmann (1974) schätzt etwa 10% der schulpflichtigen Kinder als behindert ein, während Pechstein (1974) mit 5 % behinderten Kindern pro Geburtsjahrgang rechnet.

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung der Bundesrepublik Deutschland spricht 1970 von jährlich 60 000 Kindern, die wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Schäden der besonderen Betreuung bedürfen, 1980 spricht der Bundesminister auf der Basis von Daten des Jahres 1975 von 35 000 bis 42 000 Kindern mit körperlichen, geistigen oder seelischen Schäden.

Wegen einer fehlenden interdisziplinären Theorie der Behinderung liefern die jeweiligen Untersuchungen zur Behinderung nur Teilergebnisse oder Stichprobenschätzungen mit dem den Schätzungen impliziten statistischen Fehler.

Nichtbehinderung oder Behinderung bestimmt sich immer erst nach einer eingehenden Untersuchung aller phy-

sischen, psychischen und sozialen Funktionen des Individuums, d.h. nur eine multifaktorielle und multikausale Diagnostik kann eine zuverlässige Aussage zu den Häufigkeiten von Behinderungen leisten.
Das bedeutet für den Untersucher, je umfangreicher sein wissensmäßiges Repertoire an Symptomen, Syndromen und deren Verknüpfung mit ätiologischen Bedingungen innerhalb seines Fachgebietes ist, um so höher wird er den Anteil von Behinderungen in einer Gesamtpopulation bestimmen müssen (Schmidt u. Kessler, 1976).
Untersuchungen, die psychoneurotische Krankheitsbilder (Harbauer, 1979), psychoneurologische Lernstörungen (Myklebust, 1971) oder frühkindlich organische Psychosyndrome im Sinne des frühkindlich-exogenen Psychosyndroms (Lempp, 1979) einbeziehen, werden andere Ergebnisse liefern als überwiegend somatisch-funktional orientierte Untersuchungen (Deutscher Bildungsrat, 1974).

Die Aussage über das Vorliegen von Behinderung oder Nichtbehinderung kann deshalb nur nach eingehender differenzierter Untersuchung erfolgen.
Die Aussagen des Mikrozensus sind in diesem Sinne als Häufigkeitsangaben ohne Aussagekraft, wissenschaftsmethodisch müssen sie somit doch mehr als Ergebnis unsystematischer Datensammlung betrachtet werden.

Wegen der fehlenden interdisziplären Theorie der Behinderung sind damit Häufigkeitsangaben über die Gesamtgruppe aller Behinderungen methodisch sehr fragwürdig.

2.1. Chronische Krankheit im Kindesalter als Behinderung

Die Diskussion der Häufigkeit aller Behinderungsarten in einer Gesamtpopulation zeigt die Problematik der Angaben für die Gesamtheit aller Behinderten auf.

Chronische Krankheit oder Behinderung im Kindesalter ist ein unbestimmter und nicht näher differenzierender Sam-

melbegriff, unter dem hinsichtlich ihrer Symptomatik (Klinik), Ätiologie und Pathogenese sehr heterogene Krankheitsbilder zu subsummieren sind.
Für das Kindesalter spricht Hertl (1968, S. 1) von einem chronisch kranken Kind, "wenn sich ein Kind ständig aus der gleichen körperlichen und/oder seelischen Ursache in Lebensschwierigkeiten befindet." Unter dieser Definition ist für Hertl die synonyme Verwendung des Begriffes "chronische Behinderung" möglich.

Entsprechend seiner Definition bezieht er in seine Betrachtung Kinder ein, die

1. chronische innere Erkrankungen haben (z.B. Hämophilie, Diabetes, Leukämie)
2. unter einer Sinnesstörung leiden (z.B. Hör- oder Sehgeschädigte)
3. von einer äußerlich sichtbaren Störung der Körperform betroffen sind (z.B. Amputation von Gliedmaßen, Cerebralparesen usw.).

Diese Klassifizierung von Hertl entspricht der Diskussion in der Kinderheilkunde (Steinhausen und Börner, 1975) und der Einteilung im anglo-amerikanischen Raum mit der Unterscheidung in 'chronic illness in childhood', 'physically handicapped children' oder 'physical disability' (Anthony u.a., 1973; Mc Daniel, 1976; Travis, 1976).

In dieser Arbeit sollen als chronische Krankheiten im Kindesalter chronische innere Erkrankungen unter Ausschluß von Erkrankungen des Zentralnervensystems verstanden werden. Wegen der besonderen psychopathologischen Auffälligkeiten und der spezifischen kognitiven

und motorischen Störungen bilden Kinder mit Erkrankungen des Zentralnervensystems innerhalb der Gruppe der Kinder mit chronischen inneren Erkrankungen eine Untergruppe, die in dieser Arbeit nicht berücksichtigt werden soll (Minsel u.a., 1977).

Chronische innere Erkrankungen des Kindesalters sind z.B.:
Asthma, Erkrankungen der Nieren und ableitenden Harnwege, angeborene Herz- und Gefäßmißbildungen, Zystische Pankreasfibrose, Hämophilie, Rheumatische Erkrankungen, Diabetes, Leukämie und Tumore.

2.1.1: Häufigkeit chronischer innerer Erkrankungen im Kindesalter

Über die Zahl der an chronischen inneren Erkrankungen leidenden Patienten (Kinder) liegen nur Schätzungen vor. Dieses ist nach der Diskussion der Häufigkeit von Behinderungen nicht anders zu erwarten, wobei die Kriteriumsbestimmung weniger schwierig ist, aber wegen einer fehlenden Meldepflicht für chronische Krankheiten die Dunkelziffer sehr hoch ist.
Jochmus (1971) zitiert Autoren, nach deren Angaben 1960 in der Bundesrepublik 3 000 diabetische Kinder lebten. Für 1967 wurden 5 000 bis 10 000 diabetische Kinder unter 15 Jahren geschätzt, für die USA gerechnet, daß 5,8 % aller Kinder Diabetiker sind, für die Bundesrepublik 1 %.
Christiansen (1976) gibt für die USA ebenfalls 1 % für Kinder an, im Gegensatz zum Diabetes des Erwachsenenalters mit 5 %.
Steinhausen (1975) schätzt die absolute Zahl auf 6 000 Kinder in der Bundesrepublik Deutschland.
Ein Junge unter 10 000 männlichen Kindern erkrankt nach Gribble (1976) an Hämophilie. Hertl (1968) errechnet auf 10 000 Kinder 2 mit Hämophilie. In der Bundesrepublik

leben ca. 6 000 Patienten mit Hämophilie mit einer Häufung im Kindes-, Jugend- und frühen Erwachsenenalter (Steinhausen, 1975). Olch (1971) rechnet für die USA mit 1 Hämophilen auf 20`000 Personen.
Nach dem "National Health Survey" erkranken 26 von 1 000 Kindern in den USA an Asthma, das entspricht 1,5 Millionen asthmatischer Kinder (Yamate, 1976). Steinhausen (1975) gibt die Zahl mit 2 % für die Bundesrepublik an.
Für die Leukämie errechnet Hertl (1968) einen Fall auf 10 000 Personen. Nach Gribble (1976) sterben in den USA jährlich 2 300 Kinder an Leukämie, Angaben über die Zahl der Kinder mit Leukämie und bösartigen Geschwulsten sind nach seiner Auffassung wegen der Dunkelziffer nicht möglich.
Nach Hertl (1968) ist unter 500 10jährigen Schülern mit einem Kind mit angeborenem Herzfehler zu rechnen. Für die USA berichtet Lurie (1976) über Studien, in welchen die Häufigkeiten mit 3 - 8 für 1 000 Kinder angegeben werden; 6 von 1 000 lebendgeborenen Kindern haben angeborene Herzdefekte. Steinhausen (1975) referiert 0,5 %. Nach Neill (1970) kommen auf 1 000 lebendgeborene Kinder 5 mit Herzerkrankungen.
Für die zystische Pankreasfibrose wird von Harvey (1976) die Häufigkeit mit 1 auf 1 000 bis 1 500 Lebendgeburten für die USA angegeben. Die entsprechende Häufigkeit berichten Cytryn u.a. (1973). Das bedeutet jährlich 3 000 neue Fälle in den USA.
In den USA erkranken jährlich 4 000 Kinder zwischen dem 1. und 6. Lebensjahr neu an chronischen Erkrankungen der Nieren und ableitenden Harnwege (Potter, 1976).
Miller (1976) betont die Unmöglichkeit der Bestimmung der Häufigkeit rheumatischer Erkrankungen des Kindesalters wegen der Heterogenität des Krankheitsbildes. Für die häufigste rheumatische Erkrankung des Kindesalters, die juvenile Arthritis, gibt er die absolute Zahl mit 175 000 für die USA an.

Diese Ergebnisse zeigen die Schwierigkeiten der Bestimmung der Häufigkeiten chronischer Krankheit im Kindesalter auf, belegen aber auch trotz der widersprüchlichen Angaben die quantitative Bedeutung chronischer Krankheiten im Kindesalter weit über singuläre Erscheinungen hinaus.

3. Literaturüberblick

Die Beschreibung der Beziehung zwischen chronischen inneren Erkrankungen und emotionalen Prozessen reicht nach Koski (1969) zurück bis in das 17. Jahrhundert mit einer Arbeit von Thomas Willis über emotionale Prozesse bei Diabetes im Erwachsenenalter.

1936 wurden die ersten systematischen Arbeiten zur Beziehung zwischen chronischen inneren Erkrankungen und emotionalen Prozessen veröffentlicht; es sind Arbeiten von Daniels (zit. nach Koski, 1969) zum Diabetes mellitus des Kindesalters. Diese Arbeiten mögen sensibilisierend gewirkt haben, denn zu keiner anderen chronischen inneren Erkrankung bei Kindern und Jugendlichen gibt es so zahlreiche Untersuchungen und Veröffentlichungen wie zum kindlichen Diabetes und seinen kognitiven, emotionalen und sozialen Auswirkungen.

Ende der sechziger Jahre, mit einem bedeutsamen Anstieg bis etwa 1975, ist ein Untersuchungs- und Veröffentlichungsgipfel zu registrieren zu psychosozialen und psychodynamischen Prozessen auch bei einigen der anderen beschriebenen Erkrankungen.

Übersichtsreferate zur psychosozialen Dimension chronischer innerer Erkrankungen liegen in deutscher Sprache vor von Hertl (1968), Steinhausen und Börner (1975), Harbauer (1979). Umfangreicher und differenzierender ist die anglo-amerikanische Literatur: Blum (1968), Debuskey (1970), Anthony (1972 u. 1974), Lipowski (1974), Myers (1975), Levi (1975), Blumberg (1975), Travis (1976), Mc Daniel (1976).

Thematisch weitgehend übereinstimmend mit unterschiedlicher Akzentuierung der Detailfragen befassen sich die Autoren mit folgenden Fragestellungen:
Grad und Art der Familienbelastung wie Ausmaß der finanziellen Belastung, Notwendigkeit baulicher Verände-

rungen im Haus, soziale Isolierung der Familien, Belastung durch die Schmerzen des Kindes und die relative Unfähigkeit der Eltern zur Hilfe; Probleme der Beschulung; Tod der Kinder und die Auseinandersetzung über den Prozeß des Sterbens und die Rolle von Arzt, Klinik, Pflegepersonal, Eltern usw. beim Sterben; Auswirkungen auf den Zustand der Familie, ihre Struktur und die Beziehungen innerhalb der Familie; Probleme der kognitiven, emotionalen, sozialen und motorischen Entwicklung des betroffenen Kindes; Art und Ausmaß der Belastung des betroffenen Kindes und dessen Anstrengungen bei deren Überwindung; Krisenintervention und Psychotherapie bei Kindern, Geschwistern, Eltern und Familien.
Im Hinblick auf die Thematik dieser Arbeit sei die Literatur zu folgenden Teilbereichen genauer betrachtet:

- Persönlichkeitsentwicklung des chronisch kranken Kindes (kognitiv, emotional, sozial)
- Auswirkungen der Krankheit auf die Eltern
- Auswirkungen auf die Geschwister
- Familienbeziehungen und -interaktionen

Die Fachliteratur zu diesen Teilbereichen chronischer innerer Erkrankungen im Kindesalter ist oftmals sehr verallgemeinernd beschreibend:
"Die körperliche Entwicklung ist meistens normal" (Schneider, zit. nach Lange, 1969); "etwa bei der Hälfte der Kinder wurden Erziehungsschwierigkeiten festgestellt"; "als psychische Veränderungen wurden Mangel an Spontaneität und Initiative am häufigsten beobachtet" (Lange, 1969); "jede chronische Erkrankung behindert oder verändert auch den seelischen Reifungsvorgang" (Harbauer, 1979); "gesteigerte emotionale Irritierbarkeit, die in keinem Verhältnis zur auslösenden Ursache stand. Die Stimmung war unausgeglichen, in ihrer affektiven Entwicklung waren 55 von 89 diabetischen Kindern retardiert" (Manciaux, zit. nach Lange, 1969); "the overprotective

mother and abdicating father are often seen in hemophilia and asthma" (Travis, 1976); "der häufig befürchtete negative Prägungseinfluß des körperlich chronisch kranken Kindes auf gesunde Geschwister spielt bei entsprechender elterlicher Haltung eine untergeordnete Rolle. Es entstehen im allgemeinen bei den gesunden Kindern keine Anpassungsstörungen" (Harbauer, 1979).
Derartige verallgemeinernde Aussagen begründen den Verdacht der Vorwissenschaftlichkeit.
"Die vorwissenschaftliche Kenntniserweiterung ist dadurch gekennzeichnet, daß sie unsystematisch durch bloße Sammlung singulärer Erscheinungen gewonnen wird, ohne deren Voraussetzungen zu hinterfragen, oder sie führt durch vorschnelle oder falsche Abstraktionen zu losem Alltagswissen (Kunde) bzw. unvollständigen oder gar fehlerhaften Bedingungsannahmen (doxai = Meinungen), die keine sichere Prognose zulassen" (Piel, 1979, S. 2).

Als Grundlage dieser Arbeit sind derartige vorwissenschaftliche Aussagen zu dem Gegenstand zu verwerfen. Sie lassen den Verdacht aufkommen, daß sie der Voreingenommenheit des Beobachters folgend ein einheitliches psychopathologisches Bild chronischer Krankheit des Kindesalters verifizieren oder falsifizieren sollen.

In diesem Literaturüberblick sollen nur solche Untersuchungen referiert werden, deren Ergebnisse auf der Grundlage systematischer Beobachtungen und Untersuchungen - d.h. methodischer Datenerhebung - gewonnen wurden. Diese Literatur kann nach Hobrücker (1982) nach den Forschungsstrategien in "verallgemeinernde" versus "klassenbildende" Strategien unterschieden werden. "In der verallgemeinernden Forschungsstrategie wird das Ziel verfolgt, allgemeingültige Aussagen über eine Probandenpopulation zu gewinnen. Diese Population wird durch ein allen Probanden gemeinsames Merkmal definiert, und es wird der Versuch gemacht, die Eigentümlichkeiten der Merkmalsträger in Form von Stichprobenparametern zu ge-

winnen. Die verallgemeinernde Forschungsstrategie basiert auf der Vorausannahme einer größeren Homogenität von Merkmalsausprägungen innerhalb der Kriteriumsstichprobe im Vergleich zu einer fiktiven Gesamtpopulation" (Hobrücker, 1982).

Das Interesse des Untersuchers gilt hier der Frage,

1. wie in der durchschnittlichen Erscheinungsform das typisch chronisch kranke Kind aussieht, seine Familie, die Geschwister, die Familienbeziehungen, die Belastungen usw. und
2. wodurch diese sich von anderen Probanden unterscheiden.

"Demgegenüber verzichtet die klassenbildende Forschungsstrategie auf eine a priori festgelegte Homogenitätsannahme und hat die Ermittlung homogener Teilstichproben zum Ziel. Wenn auch nicht eine ausgesprochene Inhomogenität innerhalb der Kriteriumsstichprobe vorausgesetzt wird, so wird doch vom heuristischen Vorgehen her die Suche nach generellen, die gesamte Kriteriumspopulation kennzeichnenden Merkmalen als weniger lohnend angesehen" (Hobrücker, 1982).
Die Forschungsstrategie fragt, welche Typen chronisch kranker Kinder, ihrer Eltern, Geschwister, Familienbeziehungen, Belastungen usw. es gibt und wodurch sich diese Typen voneinander unterscheiden.
Klassenbildende Forschungsstrategie meint aber nicht die Bildung von Teilstichproben aus der Gesamtheit aller chronischen inneren Erkrankungen hinsichtlich eines Merkmales und den Vergleich der Ergebnisse der Teilstichproben (z.B. Diabetiker versus Hämophilie); dieses Vorgehen ist ebenfalls verallgemeinernd, da lediglich die durchschnittlichen Merkmalsausprägungen der Kriteriumsstichprobe "Diabetiker" beschrieben und verglichen werden mit den Daten der anderen Kriteriumsstichprobe. Eine klassenbildende Forschungsstrategie will dagegen nach er-

folgter Untersuchung des Objektes homogene Teilstichproben aus der Kriteriumspopulation bilden. Hier lautet die Frage: Gibt es unterschiedliche, klassifizierbare (typisierbare) Verhaltensweisen bei Diabetikern, Hämophilen oder allgemeiner bei chronisch kranken Kindern, deren Eltern, Geschwister usw.?
Das Kennzeichen klassenbildender Forschungsstrategien besteht in dem Versuch, die Verhaltensweisen der Probanden einer Merkmalsgruppe zu ordnen, strukturieren, gruppieren, klassifizieren, um eine Typologie erstellen zu können mit dem Ziel, den oder die typischen Vertreter der Merkmalsgruppe beschreiben zu können, wobei eine Typologie immer ein System von Typen zu erstellen versucht. Unter einem Typus sei mit Tornow (1977) eine begri'fliche, theoretische Abstraktion einer Gruppe ähnlicher Personen verstanden. Hobrücker (1982) vermeidet den Begriff Typus und spricht von Klassifikation oder Klassenbildung, während Schmidtchen u.a. (1974) von Syndromen oder Syndromfaktoren sprechen.
Empirisch gewonnene Typologien verhaltensgestörter Kinder liegen vor von Tornow (1977) und Schmidtchen (1974). Eine empirische Typologie jugendlicher Selbstmordversucher erstellte Hobrücker (1982). Eine diesen Arbeiten vergleichbare Typologie chronisch kranker Kinder liegt zur Zeit nicht vor.
Die vorliegenden Untersuchungen mit chronisch kranken Kindern oder ihren Angehörigen folgen durchweg einer verallgemeinernden Forschungsstrategie. Diese Literatur ist nach dem zentralen Untersuchungsgegenstand zu gruppieren in Untersuchungen, welche sich mit der kognitiven, emotionalen, sozialen und motorischen Entwicklung des betroffenen Kindes befassen, mit Problemen der Eltern, denen der Familie und Geschwister.
Der Auffassung von Piel (1979) folgend, daß die Wissenschaften sich in ihren Strukturen gewandelt haben, indem an die Stelle der bestimmenden Determinismus - die

wahrscheinliche Probabilismusannahme (tritt), an Stelle der bündigen Stringenz zwischen Bedingendem und Bedingten deren wechselseitige Korrelation (1979, S. 3), ist es konsequent und logisch, auch bei dem Thema dieser Arbeit die Persönlichkeit des Kindes zum Gegenstand der Betrachtung zu erheben, da die Beziehung zwischen betroffenem Kind und Sozialisationsklientel durchaus interdependent zu sehen ist.

3.1. Die Persönlichkeit chronisch kranker Kinder

Die Untersuchungen zur Persönlichkeit chronisch kranker Kinder versuchen die Frage zu beantworten, wie das typisch chronisch kranke Kind aussieht und wie dieses Kind sich von anderen Probanden unterscheidet.

3.1.1. Die psychischen Funktionen chronisch kranker Kinder

Mit der Unterscheidung in 'Psychische Funktionen' und 'Psychische Kräfte' sei der Unterteilung des Gegenstandes der Psychologie nach Rohracher (1965) gefolgt, mit dem Ziel, die zahlreichen Einzelergebnisse zu ordnen und gruppieren.
Für den deutschsprachigen Raum wurde 1962 eine Untersuchung von Schlange zur körperlichen und geistigen Entwicklung bei Kindern mit angeborenen Herz- und Gefäßmißbildungen veröffentlicht. Für die körperliche Entwicklung sei hier nur von Interesse, "daß die Mehrzahl der Kinder kleiner und leichter als die Mehrzahl ihrer gesunden Altersgenossen sind, wobei das Gewicht häufiger als die Länge negative Werte aufweist; Kinder mit Zyanose sind davon stärker betroffen" (1968, S. 17).
Die geistige Entwicklung der bis zu 6-jährigen Kinder (N = 47) wurde mit dem Entwicklungstest von Bühler und Hetzer erfaßt, die der Kinder nach Vollendung des 6.

Lebensjahres mit dem Hamburg-Wechsler-Intelligenztest; 2 Kinder wurden mit dem Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene untersucht. Schlange setzt den EQ und IQ zwischen 90 und 110 als Ausdruck altersdurchschnittlicher intellektueller Leistungen fest. 20 (34 %) von 59 nicht zyanotischen und 11 (46 %) von 24 zyanotischen Kindern erreichten das Kriterium 90 und größer nicht. "Es fand sich eine Verschiebung der EQ und IQ der Kinder mit angeborenen Angiokardiopathien in Richtung der niedrigeren Werte, wenn auch überdurchschnittliche EQ und IQ bei 20 Kindern festgestellt werden konnten"(1962, S. 27). Als reine Beschreibung des Entwicklungsstandes der Intelligenz der untersuchten Gruppe kann diese Aussage bestehen. Methodisch problematisch ist die Bestimmung des EQ bei zweijährigen Kindern wegen der durch die altersbedingte Instabilität des Merkmals eingeschränkten Zuverlässigkeit. Testtheoretisch entspricht der Entwicklungstest nicht den derzeitigen Kriterien eines wissenschaftlichen Routineverfahrens, die Relevanz der Ergebnisse wird von daher fragwürdig. Die Annahme einer linearen Beziehung zwischen Entwicklungsalter und Lebensalter mit der Annahme einer Konstanz der durchschnittlichen intellektuellen Leistung ist problematisch, "da die tatsächliche Entwicklungskurve der Intelligenz in diesem Bereich nicht linear ansteigend ist, sondern leicht negativ beschleunigt" (Amelang, 1968). Schlange bildet weiterhin einen Gruppenmittelwert aus EQ und IQ für alle Kinder, d.h. Kinder ohne Zyanose und Kinder mit Zyanose.
Dieses Vorgehen ist methodisch unzulässig, da 1. aus zwei unterschiedlichen statistischen Meßwerten ein gemeinsamer Mittelwert gebildet wird und 2. die verwendeten Testverfahren mit differierenden Grundannahmen zu einem gemeinsamen Aussagewert zusammengefaßt werden. Die Aussage, daß zyanotische Kinder gegenüber nicht zyanotischen nach dem Vergleich der Mittelwerte benach-

teiligt sind, ist zwar plausibel unter der Berücksichtigung der organischen Psychosyndrome, empirisch durch die Ergebnisse der Arbeit aber nicht belegt.

Shepherd (1969) untersuchte die Auswirkung chronischer Krankheit bei Kindern auf die Entwicklung der visuell motorischen Koordination. 47 chronisch kranke Kinder mit einer Immobilisierung von mehr als 3 Monaten innerhalb des 1. bis 6. Lebensjahres wurden mit folgenden Testverfahren untersucht: The Developmental Test of Visual Perception (DTVP), Bender - Visual-Motor Gestalt Test (BVMGT), Slosson Intelligence Test (SIT), Reading Subtest of the Wide Range Achievement Test (WRAT). Die Gruppenmittelwerte weichen von dem erwarteten Mittelwert bis auf den Intelligenztest auf dem 5%-Niveau signifikant voneinander ab. Es werden keine Angaben über die Zusammensetzung der Gruppe und die Krankheiten referiert. Die Aussagekraft dieser Untersuchung ist von daher begrenzt.
Den Zusammenhang zwischen intellektueller Leistungsfähigkeit, schulischer Leistungsfähigkeit und Schulerfolg bei hämophilen Kindern und Jugendlichen untersucht Olch (1971). 45 Hämophile, 2 - 21 Jahre alt, wurden mit dem Stanford-Binet-Test, der Wechsler-Intelligence Scale for Children, der Wechsler Adult Intelligence Scale, dem Wide Range Achievement Test und der Vineland Social maturity Scale untersucht. Die durchschnittliche intellektuelle Leistungsfähigkeit der Gruppe entspricht dem Durchschnitt der Altersstufen mit einer leichten Tendenz in Richtung auf höhere Werte, während die schulische Leistungsfähigkeit testpsychologisch erfaßt etwas geringer war als nach dem intellektuellen Vermögen erwartet werden konnte. Angaben über Art und Ausmaß der chronischen Krankheit der Kinder werden nicht veröffentlicht, so daß die Ergebnisse nicht nachprüfbar und interpretierbar sind. Zahlreiche Interkorrelationen werden noch referiert, aber nicht die für die Beziehung zwischen Schulerfolg und intellektueller Entwicklung bedeutsamen.

Die in der deutschsprachigen Literatur häufig wiederkehrend zitierte Arbeit von Jochmus (1971) zur psychischen Situation diabetischer Kinder wird von der Autorin als allgemein orientierendes Erkundungsexperiment bezeichnet. Es sollte nicht versucht werden, eine für den Diabetes mellitus des Kindesalters typische Persönlichkeitsstruktur zu finden. Es sollte ein Überblick über die psychologisch-psychiatrischen Probleme geschaffen werden, die im Zusammenhang mit dem Diabetes des Kindesalters auftreten können. "Wir erwarten eine Mannigfaltigkeit individueller Schicksale, aber mit gewissen Schwerpunkten und gehäuften Problemstellungen. Die Einheitlichkeit mit der Krankheit verbundener Restriktionen ließ die Möglichkeit offen, daß sich bestimmte Reaktionsweisen und Verhaltensmuster bei Kind und Umwelt herausbildeten. Diese würden dann Ansatzpunkte für spätere gezielte Forschungen ergeben können" (1971, S. 18).

Es wurde ein N= 78-40weiblich und 38männlich - zwischen 6,0 und 16,11 Jahren mit dem HAWIK bzw. HAWIE untersucht. Der Mittelwert des mit dem HAWIK bzw. HAWIE ermittelten IQ betrug 107. "Dieser Wert entspricht z.B. dem Untersuchungsergebnis, das von Priester und Kukulka bei 50 Hamburger Volksschülern mit dem Durchschnittsalter von 12,2 Jahren ermittelt worden war"(1971, S. 67). Ein Vergleich der Verteilung der Häufigkeiten der Intelligenzwerte der Eichpopulation mit der Diabetikerstichprobe ergibt eine leichte nicht signifikante Verschiebung in Richtung auf höhere Intelligenzwerte der Diabetiker. Das Verfahren der Signifikanzprüfung und die entsprechenden Werte werden nicht angegeben. Die Annahme einer besonderen Intelligenzstruktur diabetischer Kinder ist auf Grund der Untersuchungsergebnisse nach Jochmus nicht haltbar. Diese Aussage wird ohne statistische Überprüfung und Absicherung getroffen. Wegen der fehlenden statisti-

schen Kennwerte der Signifikanzprüfungen kann die Untersuchung einem inferenzstatistischen Anspruch nicht genügen, die Ergebnisse haben ausschließlich eine deskriptive Funktion.

Nach der Untersuchung der Intelligenz von 29 Kindern im Alter von 3 - 9 Jahren mit zystischer Fibrose mit der Bayley Mental and Motor Scale und dem Stanford-Binet besteht für Cytryn u.a. (1973) kein Zweifel daran, daß - letztlich nur für diese Gruppe - zystische Fibrose nicht zu einer Beeinträchtigung der intellektuellen Entwicklung führt. Der durchschnittliche Entwicklungsquotient der unter Dreijährigen betrug 101 (s=9,49). Die drei- bis neunjährigen hatten einen Stanford-Binet-IQ $\bar{X}$ = 107 (s=5, 48).
Sehr umfangreich ist die von Gutjahr (1979) angegebene Testbatterie zur Erfassung der kognitiven Struktur tumor- und leukämiekranker Kinder. Mann-Zeichen-Test, Kramer-Intelligenztest, Progressive Matrizen, HAWIK, HAWIE, Göttinger Form Reproduktionstest (GFT), Benton-Test, d_2, Konzentrations-Leistungstest.
Aus der Arbeit geht nicht hervor, welche Patienten mit welchem Test untersucht wurden. Mittelwerte und Streuungen werden für die N=126 Patienten nicht angegeben. Er ordnet die Einzelbefunde lediglich einer 5-Stufenskala zu (sehr negativ, negativ, normal, positiv, sehr positiv). "Spalte 1 (sehr negativ) entspricht etwa einer Abweichung von -2s, Spalte 2 -1s einer Standardnormalverteilung; analog sind Spalte 4 und 5 als + 1s bzw. ± 2s zu charakterisieren" (1979, S. 61). Die statistische Begründung der Skala ist aus der Arbeit nicht nachvollziehbar; sie entspricht auch nicht einem wissenschaftlichen Standard. In den Ergebnislisten werden von den Verfahren zur Erfassung der kognitiven Struktur nur noch eine sogenannte "Basisintelligenz" (ohne weitere Erklärung) und eine "Gesamtintelligenz" angegeben. Die Krankheitsbilder ver-

teilen sich für die N=126 Stichprobe wie folgt: Akute Leukämie (N=23); Hirntumoren (N=42), davon: Medulloblastome (N=9), Kleinhirnastrozytome (N=12), Tumoren im Sellabereich (N=11), übrige Hirntumoren (N=10), Abdominaltumoren (N=31), Maligne Lymphome (N=16), übrige Malignome (N=14).
Die Intelligenz wird bei Kindern mit akuter Leukämie normal bis positiv beurteilt, bei Kindern mit Medulloblastomen und Kleinhirnastrozytomen negativ bis sehr negativ, während für die Gruppe der anderen Krankheiten die Intelligenz als normal eingestuft wird. Diese Schlußfolgerung ist aus der Arbeit nicht nachzuvollziehen, selbst deskriptionsstatistisch können die referierten Ergebnisse nicht überzeugen, da die statistische Verarbeitung nicht dem wissenschaftlichen Standard entspricht.

Wenn auch in den weiteren noch zu referierenden Untersuchungen die Absicht nicht immer explizit formuliert wird, so ist die Zielsetzung dennoch der Vergleich zwischen zwei oder mehreren eindeutig definierten Gruppen hinsichtlich eines Merkmals.
So vergleicht Koski (1969) 30 Diabetiker mit einer guten Kontrolle des Diabetes mit einer Gruppe N=30 mit schlechtem diabetischen Status. Kriterien für guten versus schlechten Status waren medizinische Fakten wie Blutzucker, Anzahl der Klinikaufenthalte usw. Die Intelligenz der Kinder wurde mit dem Terman-Merrill-Lektovaara-Test, einer schwedischen Adaptation des Stanford-Binet, erfaßt. Der IQ variierte in der gut kontrollierten Gruppe von 82 bis 127 ($\bar{X}$=102) und in der schlecht kontrollierten Gruppe von 68 bis 119 ($\bar{X}$ =99). Koski berichtet, daß die Differenz zwischen den Gruppen statistisch nicht bedeutsam ist. Das verwendete statistische Prüfverfahren und die Ergebnisse der Signifikanzprüfungen werden nicht referiert.
Aus einem N=252 Kindern mit Ventrikel-Septumdefekt wählten Auer u.a. (1971) 28 Kinder nach Zufall aus; 14 mit Operation am offenen Herzen, 14 ohne Operation. Das durchschnitt-

liche Alter der operierten Kinder betrug 8,9 Jahre, das der Nichtoperierten 7,9 Jahre. Die Intelligenzwerte wurden den jeweiligen Schulakten der Kinder entnommen. Der durchschnittliche IQ der Operierten betrug 96, jener der Nichtoperierten 113. Die Differenz ist nach dem t=Test signifikant auf dem 1%-Niveau. Es bietet sich der Vergleich dieser Untersuchung mit der von Schlange an. Da Schlange aber keine Angaben über die Anzahl der operierten Kinder macht und deren IQ gesondert angibt, Auer u.a. wiederum nicht unterscheiden in Zyanose und Nichtzyanose, kann nur ohne weitere Schlußfolgerung festgestellt werden, daß der durchschnittliche IQ der Operierten in der Untersuchung von Auer etwa dem durchschnittlichen IQ aller Kinder bei Schlange entspricht.

Steinhausen (1976) untersucht in einer sehr breit angelegten Studie N=50 hämophile Kinder und vergleicht diese mit einer Kontrollgruppe N=50. Die Gruppen wurden nach den Parallelisierungskriterien Alter des Jungen, Geschlecht, Geschwisterzahl und -position, sozioökonomischer Status sowie Alter der Eltern parallelisiert. Die veröffentlichten Parallelisierungsdaten zeigen über alle Kriterien ein hohes Ausmaß an Übereinstimmung.
Die Hypothese, daß sich hämophile Kinder und die gesunden Kinder der Kontrollgruppe in ihrer Gesamtheit hinsichtlich einzelner Intelligenzfaktoren - gemessen mit dem LPS-Horn (1962) - nicht bedeutsam voneinander unterscheiden, wurde in multivariaten Varianzanalysen und in Diskriminanzanalysen überprüft. Diese Hypothese wurde bestätigt, die Gruppen unterscheiden sich bezüglich des Merkmals Intelligenz nicht bedeutsam voneinander. Die statistisch bedeutsam niedrigen Werte der Untersuchungsgruppe im Untertest 7 (räumliches Vorstellungsvermögen) und signifikant höheren Werte im Untertest 10 des LPS

(Flexibilität der Gestaltbindung) deutet Steinhausen als Zufallsbefunde, da es keine theoretische Erklärung dieser Befunde gibt. Nach Steinhausen sind diese Ergebnisse mit der Annahme einer hirnorganischen Beeinträchtigung nicht vereinbar, desgleichen kann aufgrund klinischer Erfahrungen nicht von einer gehäuft subklinischen Hirnblutung bei Hämophilen ausgegangen werden. Diese Überlegungen führen für Steinhausen zu dem Schluß, daß es keine plausible und befriedigende Erklärung für die ermittelten Befunde gibt. Formal wendet er noch ein, "daß angesichts einer nicht signifikanten Gesamtdiskrimination Unterschiede zwischen einzelnen Variablen nicht interpretiert werden sollten" (Steinhausen, 1976, S. 124).

Da sich einige der oben referierten Arbeiten nicht nur ausschließlich mit der kognitiven Entwicklung und Struktur dieser spezifischen Klientel befassen, sondern auch gleichzeitig mit emotionalen und sozialen Prozessen der Kinder und deren Bezugspersonen, sei an dieser Stelle auf die nähere kritische Bewertung der Untersuchungen verzichtet. Im Anschluß an den Literaturteil zu den psychischen Kräften soll eine Bewertung und kritische Würdigung der referierten Literatur erfolgen.

Grundsätzlich läßt sich jedoch bereits feststellen, daß nach der vorliegenden Literatur spezifische psychische Funktionen chronisch kranker Kinder, die sie trennscharf von gesunden Kindern unterscheiden, nicht angenommen werden können. Eine spezifische kognitive Struktur chronisch kranker Kinder ist nicht zu verifizieren. Chronisch kranke Kinder unterschieden sich in ihren Wahrnehmungs-, Gedächtnis- und Denkprozessen offensichtlich nicht von gesunden Kindern.

3.1.2. Die psychischen Kräfte

Mit psychischen Kräften sind nach Rohracher (1965) die dynamischen Kräfte gemeint, die eine Person in Aktionsbereitschaft versetzen und handeln lassen, z.B. Bedürfnisse, Motive, Gefühle. Im Vergleich zur kognitiven Struktur chronisch kranker Kinder liegen deutlich mehr Aussagen und Untersuchungen zu den psychischen Kräften der betroffenen Kinder vor. Untersuchungsgegenstand dieser Arbeiten sind die Gefühlsstrukturen der Kinder, ihre Bedürfnisse, Motive, Ängste usw. Koski (1969) unterscheidet in ihrer Untersuchung die unmittelbar auf die Diagnose Diabetes folgenden emotionalen Reaktionen der Kinder von der späteren Anpassung der Kinder an die Krankheit.
Die unmittelbar der Krankheit folgenden emotionalen Reaktionen werden auf der Grundlage von 56 Elterninterviews wie folgt angegeben:
Angstreaktionen (10), Hysterische Reaktionen (1), Depressive Reaktionen (4), larvierte Depression, (Smiling depression) (1), Suiziddrohung (1), Aggressionen gegen die Mutter (2) und keine Reaktion (1).
Diese Auffälligkeiten sind nichtoperationalisiert, es werden keine Aussagen gemacht über das Zustandekommen der Angaben, d.h. ob die Kategorien von den Eltern formuliert wurden oder ob ein halbstandardisiertes oder standardisiertes Interview verwendet wurde.
Zur Erfassung der späteren Reaktionen wurde eine Symptomliste als Fragebogen - oder halbstandardisiertes Interview vorgegeben. Auf der Grundlage der Ergebnisse der Interviews wurde eine Symptomliste erstellt. Die Kategorien wurden von der Interviewerin nach psychiatrischen Diagnosekategorien gewonnen; es wird unterschieden in fünf Hauptkategorien:

1. Psychosomatische-
2. Entwicklungs-
3. Soziale- Störungen
4. Affektive-
5. Sozial-integrative-

Jeder Kategorie sind 2-5 Items zugeordnet. Nach einem nicht näher begründeten und intersubjektiv aus der Arbeit nicht nachvollziehbaren Diagnoseschema werden 4 Diagnosegruppen gebildet und die N=60 Kinder zugeordnet.

1. Normal adjestment (N=15)
2. Mild adjustment disorder (N=16)
3. Psychoneurosis (N=12)
4. Personality trait disorder (N=17).

Nach diesem Ergebnis müssen 3/4 der Kinder als durch den Diabetes emotional gestört bezeichnet werden. Die Untersuchung der N=60 Diabetiker mit dem Rosenzweig PF-Test (Rosenzweig, 1948) ergibt lediglich für die Kategorie "Ego-defensive" ein signifikantes Ergebnis im Vergleich zu der von Rosenzweig angegebenen Kontrollgruppe. Diabetische Kinder sind demnach weniger "ego-defensive" und weniger personenzentriert als gesunde Kinder. Diabetische Kinder mit einer guten Kontrolle des Diabetes unterscheiden sich im Rosenzweig-PF-Test nicht von Kindern mit einer schlechten Kontrolle und Einstellung ihres Diabetes.

Eine Diskriminanzanalyse der Ergebnisse der "Holzman Inkblot Technique" der N=60 Kinder zeigt, daß der HIT gut kontrollierte diabetische Kinder von schlecht Kontrollierten (eingestuft nach medizinischen Kriterien) trennscharf voneinander trennt. Nur ein gut kontrollierter Diabetiker wechselt über den Diskriminationspunkt hinweg in die Gruppe der schlecht kontrollierten Diabetiker über.

Nach der Analyse der Holzmann-Variablen interpretiert Koski die Ergebnisse dahingehend, daß gut kontrollierte diabetische Kinder besser integriert sind, phantasievollere Persönlichkeiten sind, ihre persönlichen Grenzen besser kennen und zuverlässiger sind als schlecht kontrollierte Diabetiker, während diese widerum einen höheren Antrieb und vermehrte Feindseligkeit aufweisen, die

Koski als erhöhte Aggressivität bezeichnet.
Eine Diskriminanzanalyse dieser Diabetiker und einer gesunden Kontrollgruppe liegt nicht vor.
Ebenfalls den Holzmann Inklblot-Test verwendet Henderson (1977) zur Erfassung der Selbsteinschätzung der körperlichen Leistungsfähigkeit von Kindern mit Hämophilie und juveniler rheumatoider Arthritis. Die Ergebnisse des Holzmann Inklblot-Tests von sechs Kindern mit JRA und 27 Kindern mit Hämophilie (Alter 4,5 - 20,5 Jahre) wurden mit den Ergebnissen von 27 Kindern ohne chronische Erkrankung verglichen. Über die Auswahl der Kontrollgruppe, Parallelisierungskriterien usw. liegen keine Angaben vor. Nach den berichteten Ergebnissen erleben die Kinder mit JRA ihre körperliche Begrenztheit bedeutsam stärker als die hämophilen und gesunden Kinder, während die Ergebnisse hämophiler und gesunder Kinder nicht bedeutsam voneinander abweichen. Henderson macht keine Angaben zur Signifikanzprüfung und diskutiert die Ergebnisse nicht unter Berücksichtigung der Stichprobengröße der Kinder mit JRA.

Mit den psychosozialen Problemen diabetischer Kinder setzt sich Jochmus (1971) auseinander, deren Untersuchungsmethodik der von Koski vergleichbar ist. Die emotionalen Reaktionen der Kinder wurden nach den anamnestischen Angaben der Eltern und einer gezielten Exploration dieser zur emotionalen Situation der Kinder und deren Verhalten eingestuft. Die Untersuchung der N=78 Kinder erfolgte mit dem Rosenzweig P-F-Test. Art und Häufigkeit von Themen und Problemstellungen und krankheitsspezifische Fragen sollten durch projektive Testverfahren diagnostiziert werden: Sceno-Test, Thematic-Apperzeption-Test (TAT), Schulbilder-Apperzeptionstest von Kunert (SAT). Unter dem Oberbegriff "Verhaltensstörungen" werden von Jochmus folgende Verhaltensweisen zusammengefaßt:

Enuresis, Nägelkauen, Jactatio Capitis, Tic, Appetitstörungen und Schlafstörungen. Nach ihren Angaben sind nur Enuresis und Schlafstörungen bei diabetischen Kindern etwas häufiger. Der Unterschied zu den übrigen Schulkindern soll nicht bedeutsam sein. Die Vergleichswerte werden nicht angegeben, Ergebnisse statistischer Signifikanzprüfungen liegen nicht vor.
Nach dem Elterngespräch werden N=17 (22%) der Kinder von Jochmus als unauffällig klassifiziert, N=16 (20%) der Kinder sind "ängstlich, empfindsam, bedrückt, z.T. außerdem leicht erregt und trotzig", N=30 (38%) sind "erregt, ungeduldig, aufbrausend, gelegentlich Wutanfälle", N=15 (19%) zeigen "erhebliche Erziehungsschwierigkeiten, sind oppositionell, aggressiv und neurotisch verwahrlost".
Eine differenzierende Operationalisierung der Verhaltenskategorien liegt nicht vor. Dieses gilt auch für die Aussage, daß N=19 Kinder (24%) psychoreaktive Verhaltensstörungen zeigen. Die zugehörigen Aussagen sind sehr allgemein und unspezifisch. "Unter ihnen finden sich vor allem ängstlich-bedrückte und selbstunsichere sowie in der Entwicklung retardierte Kinder, aber auch ein Junge ist darunter mit erheblichen Anpassungsschwierigkeiten, der sich den Lehrern wie der Mutter gegenüber aggressiv verhält. In der Gruppe der Kinder, die im Alter zwischen 5,6 und 15 Jahren erkrankten, sind mehrere, die sehr schwierig und aggressiv sind, ein Mädchen weist neurotische Verwahrlosungssymptome auf (lügen, stehlen, nicht nur von Nahrungsmitteln). Es finden sich in der Gruppe aber auch ängstlich-hypochondrische und kontaktgestörte Kinder" (1971, S. 54). Nähere Angaben über die Beziehung zwischen diesen allgemein benannten Verhaltensauffälligkeiten und diabetischer Erkrankung liegen nicht vor bis auf die Aussage, daß "deutliche Fehlentwicklungen oder erhebliche Erziehungsschwierigkeiten am häufigsten bei einer 7-15jährigen Krankheitsdauer zu beobachten sind ($X\ (Chi)^2 = 3{,}04$), während die schon vor der Diabetesmanifestation auffälligen Kinder eine Zunahme ihrer

Schwierigkeiten vor allem in den ersten beiden Jahren nach dem Beginn der Erkrankung zeigen (X^2=2,95)", (1971, S. 54).

Zur "seelisch-charakterlichen Entwicklung" auf Grund der anamnestischen Angaben und der erhobenen Exploration werden N=34 (43%) als altersentsprechend klassifiziert, N=28 (36%) gelten danach als retardiert, N=14 (18%) sind teilretardiert bzw. zeigen Regressionstendenzen und N=2 (3%) gelten als akzeleriert. Angaben über die Klassifikationskriterien und die Zuordnung zu den vier Kategorien liegen nicht vor.

Nach den Ergebnissen des Thematischen Apperzeptions-Tests und des Schulbilder-Apperzeptions-Test erleben N=4 (6%) der Kinder die Umwelt häufiger hifreich als bedrohlich, N=13 (19%) erfahren die Umwelt in gleicher Häufigkeit hilfreich und bedrohlich, bei N=36 (53%) der Kinder überwiegen Bedrohungen die auch vorkommende Hilfe und von N=15 (22%) der Kinder wird die Umwelt als bedrohlich und nicht hilfreich erlebt. Die Ergebnisse von N=10 Kindern sind, ohne Begründung, nicht interpretiert worden. Jochmus deutet das Ergebnis der Tests dahingehend, daß die Erfahrung der Kinder, von niemandem Hilfe zur Gesundheit zu bekommen, indem ein Leben ohne so schwerwiiegende Vorschriften möglich ist, das negative Weltbild bestimmt. Schlange (1962) berichtet von einer Häufung von Aggressionssymptomen im Welttest für Kinder mit angeborenen Herz- und Gefäßmißbildungen, ohne jedoch die Abweichung vom Durchschnittswert anzugeben. Nach dem Sceno-Test diagnostiziert Jochmus unter 77 verwertbaren Ergebnissen bei N=24 Kindern (31%) Regressionstendenzen und Geborgenheitswünsche. Zur Beziehung zwischen Diabetes im Kindesalter und Frustration geht Jochmus von der Annahme aus, daß die durch die Krankheit bedingten Manipulationen am Kind Quelle ständiger erheblicher Frustrationen sind. Die Auswirkungen der krankheitsbedingten Frustration auf die Persönlichkeitsentwicklung will Jochmus mit dem Roswnzweig-PF-Test erfassen. Die Ergebnisse des Rosenzweig

Tests faßt Jochmus dahingehend zusammen, daß 30-40% der untersuchten diabetischen Kinder in Frustrationssituationen mit Verdrängungs- bzw. Verleugnungsmechanismen reagieren. "Im Zusammenhang mit der als Frustration erlebten Krankheit wäre demnach für etwa ein Drittel unserer Patienten zu erwarten, daß sie zu neurotischen Reaktionsweisen neigen und das eine Gefährdung im Sinne der manifesten neurotischen Fehlentwicklung besteht" (Jochmus, 1971, S. 79).
Die Gültigkeit dieser Ergebnisse und deren Interpretation seien an dieser Stelle nur in Frage gestellt. Eine kritische Auseinandersetzung mit dieser Untersuchung und ihren Ergebnissen soll ebenfalls im Anschluß an den gesamten Literaturüberblick erfolgen, wo die notwendige kritische Auseinandersetzung mit der referierten Literatur vorzunehmen ist. Tropauer u.a. (1970) ließen 20 Kinder mit zystischer Fibrose im Alter von 5 bis 20 Jahren ein Haus, einen Baum, eine Person gleichen und eine Person des anderen Geschlechts zeichnen. Art und Umfang der Auswertung der Zeichnungen sind in der Arbeit nicht angegeben. Diese Zeichnungen werden dahingehend interpretiert, daß mehr als 75% der Kinder unangemessene Gefühlsqualitäten, ein hohes Ausmaß an Unsicherheiten und deutliche Zeichen emotionaler Störungen zeigen.
Das Ergebnis dieser Untersuchung weicht deutlich von dem Ergebnis der Untersuchung von Rodgers u.a. (1974) ab, die bei einem N=20 Kindern mit zystischer Fibrose 7 Kinder (35%) als psychosozial auffällig bezeichneten. Das Ergebnis dieser Untersuchung wurde mit einem halbstandardisierten, 34 Fragen umfassenden Elternfragebogen gewonnen. Die Fragen zielten auf eine starke Operationalisierung und Präzisierung der Antworten durch die Eltern ab.

Die 34 Items sind neun Skalen zugeordnet:

Health an hypochondriasis,
Moods and emotions,
Intrafamilial relationship,
Reaction to and understanding of chronic illness by child,
Habits, mannerisms, and developmental problems,
Family's reaction to and understanding of the chronic illness,
Peer relationships,
Self management and independence,
School adjustment and attitudes.

Die Antworten wurden den drei Auswertungskriterien "nie", "manchmal", "sehr oft" zugeordnet. Die 7 auffälligen Kinder zeigten besondere Schwierigkeiten auf den Skalen "Moods and emotions", "habits, mannerisms and developmental problems" und "Family's reaction to and understanding of the chronic illness".
Auffallend bei dieser Untersuchung sind die geringe Itemzahl je Skala, aber das Bemühen um hohe Operationalisierung der Verhaltenskategorien.
In diesem Bemühen unterscheidet sich diese Arbeit sehr deutlich von der Arbeit von Bernstein, die die emotionalen Reaktionen bei Nierentransplantationen im Kindesalter untersucht. Die Untersuchungsmethodik ist in ihrer Arbeit nicht nachvollziehbar: "The procedure consisted of regular periodic psychiatric evaluations supplemented by testing procedures. In addition, the adolescent and their parents were given questionnaires designed to elicit social and interactional information" (1971, S. 1189). Nähere Angaben zur Untersuchungsmethodik liegen nicht vor. Es bleibt dem Leser nach dieser Arbeit überlassen, ob er der Auffassung der Autoren folgen will, daß von den 32 untersuchten Kindern mit Zustand nach Nierentransplantation 8 erhebliche emotionale Probleme hatten, während die anderen ohne emotionale Probleme waren.

Dieses betrifft auch die Untersuchung von Cytryn u.a. (1973). Deren Aussagen zum emotionalen Verhalten von 29 Kindern mit zystischer Fibrose stützt sich auf eine nicht näher definierte Einschätzung in vier Kategorien emotionaler Störung durch einen Psychiater und einen Psychologen: keine (N=12; 41%), leichte (N=5; 17%), mäßige (N=8; 28%) und erhebliche emotionale Störung (N=4; 14%).Weiterhin sehen sich die Autoren auf Grund ihrer Untersuchung zu der Aussage in der Lage, daß die 15 Jungen der Studie mehr emotionale Probleme haben als die 14 Mädchen. Zu dieser Aussage kommen sie wegen eines Verhältnisses von 2:1 in der Kategorie mäßig gestört und 3:1 in der Kategorie erheblich gestört.
In ähnlicher Weise versucht Rausch de Traubenberg (1973) ihre Auffassung der emotionalen Auswirkungen angeborener Herzkrankheiten bei 114 Kindern zu vermitteln. Ohne nähere Kennzeichnung der Methodeninventare analysiert sie die Ergebnisse von Beobachtungen, Zeichnungen und projektiven Testverfahren, um zu Aussagen über Frustration, Deprivation und Phantasie der Kinder zu gelangen. Die referierten Ergebnisse entsprechen in ihrer allgemein wenig aussagekräftigen Art der Qualität der Methodendarstellung, z.B.: "Seriously ill children talked freely about their illness, referring to their "heart", their "veins" and insisting that it is "good to talk about it" that their auricles hurt, etc." (1973, S. 78). Der Leser ist nach der Veröffentlichung nicht in der Lage, das Ergebnis auf die Beobachtungs- und Testdaten zurückzuführen. Es bleibt nur der Appell an seinen Glauben, ob oder wieweit er der Autorin folgen will.
Einen gänzlich anderen Zugang zur Beschreibung der Emotionalität der chronisch kranken Kinder sucht Bach (1974) über die Auswertung spontan entstandener Bilder leukämie-kranker Kinder zu finden. Diese Bilder können nach Bach die innere Welt spiegeln und dem Betrachter

besondere emotionale Belastungen der Kinder anzeigen. An Hand von 12 Bildern zeigt sie die Interpretation auf, stellt die interpretierten Zeichnungen in Beziehung zur Gegenwart, Vergangenheit und Zukunft der Kinder. Eine kritische Diskussion der Untersuchungsmethode unter besonderer Berücksichtigung instrumenteller Gütekriterien liegt von Bach nicht vor, obgleich unter methodenkritischen Gesichtspunkten die Fragen nach der Objektivität, Zuverlässigkeit und Gültigkeit zeichnerischer Gestaltungen zu stellen ist.

Die Untersuchung von Holaday (1974) unterscheidet sich von den bisher referierten Untersuchungen durch den zentralen Untersuchungsgegenstand:

Im Mittelpunkt seiner Untersuchung steht das Leistungsverhalten 24 chronisch kranker Kinder, 10 Mädchen und 14 Jungen zwischen 8 und 17 Jahren. Auswahlkriterien für die Untersuchung waren chronische Krankheit mit einer Lebenserwartung von mindestens 30 Lebensjahren, normale Intelligenz, d.h. keine geistige Behinderung, und fehlende Lernstörungen. Ausgehend von der Theorie sozialen Lernens Rotters unterscheidet er internalisiertes Leistungsverhalten von externalisiertem. Internalisiertes Leistungsverhalten heißt hier die Zuordnung von Leistungserfolg und -mißerfolg zu Bedingungen der Person, während externalisiertes Leistungsverhalten durch Außenreize gesteuert ist. Letztlich ist Leistungsverhalten nach Holaday in dieser Untersuchung operational durch den Intellectual Achievement Responsibility Questionnaire definiert. Das mit diesem Instrument gemessene Leistungsverhalten der chronisch kranken Kinder wurde verglichen mit dem Leistungsverhalten von 39 bzw. 923 gesunden Kindern aus Untersuchungen von Cook (1970) bzw. Crandall u.a. (1965), d.h. es handelt sich hier um einen Literaturvergleich.

Der Vergleich der Ergebnisse des IRA der chronisch kranken Kinder mit den in der Literatur referierten Daten gesunder Kinder zeigt, daß die chronisch kranken Kinder sowohl sozial positiv als auch negativ bewertete persönliche Leistungsergebnisse signifikant weniger Bedingungen der eigenen Person zuschreiben, als gesunde Kinder. Die Leistungsergebnisse werden - signifikant stärker als bei gesunden Kindern - mehr externen Kriterien zugeschrieben wie Aufgabenschwierigkeit, Glück usw. Ein Vergleich der Ergebnisse der 14 Mädchen der Studie mit denen der 10 Jungen der Untersuchung zeigt, daß die Jungen Mißerfolge stärker als die Mädchen (5% Niveau) äußeren Ereignissen zuschreiben.
Gutjahr (1979) beschreibt seine Gruppe tumor- und leukämiekranker Kinder als negativ von der Norm abweichend in den Merkmalen Leistungsfähigkeit, Labilität und Regressionstendenzen. Dabei gibt er jedoch die Norm und die Abweichung von der Norm nicht an, unterläßt eine Definition der Merkmale und kennzeichnet aus den von ihm aufgezählten psychologischen Meßinstrumenten nicht die zur Erfassung dieser Merkmale verwendeten Tests, Beurteilungs- und Beobachtungsverfahren.

Die Beschreibung der psychischen Kräfte chronisch kranker Kinder ist nach den referierten deskriptiven Untersuchungen kaum möglich. Die Ergebnisse sind trotz des großen Untersuchungsaufwandes der zahlreichen Untersuchungen wenig aussagekräftig. Die referierte Literatur kann nur schwerlich einen Beitrag zur Beantwortung der Frage leisten, wie die psychischen Kräfte des chronisch kranken Probanden aussehen. Es bleibt abzuwarten, welche Aussagen nach einer methodenkritischen Auseinandersetzung mit dieser referierten Literatur Gültigkeit zur Beschreibung des chronisch kranken Kindes behalten.

Die Frage, wodurch sich der typisch chronisch kranke Proband von anderen Probanden unterscheidet, versuchen inferenzstatistische Untersuchungen zu beantworten. Im Folgenden sollen dieser Fragestellung folgende Untersuchungen referiert werden.
Auer u.a. (1971) wählten aus einer Population von N=252 herzkranken Kindern 28 Kinder im Alter zwischen 6 und 11 Jahren aus (11 Jungen und 17 Mädchen). Das Auswahlkriterium ist unbekannt. 14 der Kinder wurden wegen eines Ventricelseptumdefektes am offenen Herzen operiert, die anderen Kinder waren ohne Operation. Es wurde untersucht, ob die operierten Kinder stärkere emotionale Störungen im Vergleich zu den Nichtoperierten zeigen. Zur Beurteilung der emotionalen Stabilität wurde der Human-Figur-Drawing-Test verwendet mit einem 30-Item Auswertungsschlüssel nach Koppitz (1955, zit. nach Auer u.a., 1971). Für jedes Kind wurde ein HFD Developmental Score berechnet. Der durchschnittliche Wert betrug für die operierten Kinder 5,0, für die Nichtoperierten 4,6. Der Unterschied wird ohne Angabe der statistischen Kennwerte als nicht bedeutsam zwischen den Gruppen bezeichnet. Im Literaturvergleich der Ergebnisse der Gruppe der Herzkranken mit einer klinisch-psychiatrischen Gruppe (N=76), die nicht näher definiert ist, und einer Kontrollgruppe (N=76), die ebenfalls beide mit dem HFD untersucht wurden, besteht nach Auer u.a. eine deutliche Beziehung zwischen den Ergebnissen der klinisch-psychiatrischen Gruppe und der Gruppe der herzkranken Kinder, während zwischen den anderen Gruppen keine Beziehung besteht. Das Ergebnis wird dahingehend interpretiert, daß die Kinder mit Ventrikelseptumdefekt vermehrt emotionale Probleme zeigen und unbefriedigende zwischenmenschliche Kontakte haben. Statistische Signifikanzen werden nicht mitgeteilt, desgleichen fehlen Angaben zur Zuverlässigkeit des Auswertungssystems.

Die Auswirkungen der Sichtbarkeit von Behinderungen auf die Persönlichkeitsentwicklung von Kindern untersucht Goldberg (1974). Dazu vergleicht er zwei Gruppen von Kindern (jeweils N=22 im Alter zwischen 11 und 15 Jahren) mit sichtbaren und nichtsichtbaren Behinderungen: angeborene Herzmißblidungen versus Verbrennungen des Gesichts.
Nach dem Ergebnis eines halbstandardisierten, 10 Skalen umfassenden Interviews, kommt Goldberg zu dem Schluß, daß die Kinder mit nicht sichtbaren Behinderungen ein höheres Selbstbewußtsein im Vergleich zu den Kindern mit Gesichtsverbrennungen haben ($p < 1\%$). Die anderen neun Skalenergebnisse interessieren an dieser Stelle weniger, da sie die berufliche und schulische Planung der Kinder betreffen. Die Skala "Selbstbewußtsein" hat eine Zuverlässigkeit von r=.90 zwischen zwei Beurteilern. Der Autor stellt in Frage, ob das Ergebnis in Beziehung zur Sichtbarkeit von Behinderung gesetzt werden kann. Er sieht eine mögliche Ursache in der von ihm nicht erfaßten möglichen unterschiedlichen sozialen Herkunft der Kinder in den Gruppen und stellt die Hypothese auf, daß Kinder mit Verbrennungen eventuell einem niedrigen sozialen Milieu entstammen, sie sich dort selbst viel überlassen sind und sozial wenig beachtet werden, während Herzerkrankungen über eine breitere soziale Schicht streuen. Goldberg vermutet, daß dann die unterschiedlichen sozialen Beziehungen der Kinder Auswirkungen auf die Entwicklung des Selbstbewußtseins haben und weniger das Merkmal Sichtbarkeit von Behinderungen. Goldberg geht somit von einer intervenierenden Variablen "soziale Schicht" aus, die zwischen der unabhängigen Variablen "Sichtbarkeit von Behinderungen" und der abhängigen Variablen "Persönlichkeitsentwicklung" vermittelt. In dieser differenzierten Sichtweise unterscheidet sich die Arbeit von Goldberg von nahezu allen bisher referierten Untersuchungen. Die Heranziehung einer intervenierenden

Variablen zur Erklärung von Gruppenunterschieden unterscheidet diese Arbeit von allen anderen bisher referierten Arbeiten, bei denen Gruppenunterschiede unausgesprochen oder expressis verbis als durch die unabhängige Variable "chronische Krankheit" verursacht angesehen werden.
Diese differenzierende Betrachtung des Gegenstandes kennzeichnet auch die Arbeit von Sigal (1974), der bei der hohen Anzahl der zu der Fragestellung "chronische Krankheit im Kindesalter" veröffentlichten Literatur die geringe Aussagekraft des größten Teils dieser beklagt. Der allgemeinen klinischen Beobachtung einer psychischen Auswirkung chronischer Krankheit im Kindesalter auf die betroffenen Kinder und deren Eltern und Geschwister wurde seiner Auffassung nach zu wenig in systematischen Studien nachgegangen; dabei wurden nach seiner Auffassung in den verschiedenen Studien sehr unterschiedliche und widersprüchliche Ergebnisse erzielt. In seiner Untersuchung vergleicht Sigal 7-12 Jahre alte Kinder mit einer Erkrankung der Nieren, Croup oder Gastroenteritis (die im Alter zwischen zwei und fünf Jahren erkrankten) mit den Geschwistern dieser kranken Kinder; die Geschwisterkinder mußten ebenfalls 7-12 Jahre alt sein und durften weder eine schwere Krankheit durchgemacht haben noch geistig behindert sein. Zur Erfassung der Probleme der Kinder der Untersuchungsgruppe und der Kinder der Kontrollgruppe verwendet er Q-Daten:
Peterson und Quay's Behaviour Problem Checklist und das Sigal-Chagoya Child Behavior Inventory. Die beiden Inventare wurden von jedem Elternteil für jedes an der Studie beteiligte Kind ausgefüllt. Der einzige Faktor, in dem sich über alle Kinder hinweg Untersuchungs- und Kontrollgruppe statistisch signifikant ($p < 5\%$)

voneinander unterscheiden, ist der Faktor "Verhaltensprobleme". Danach nehmen die Eltern im Umgang mit den Kindern mehr Probleme bei den kranken Kindern wahr im Vergleich zu den Geschwisterkindern. Die Kinder mit einem Croup zeigen höhere und ungezügelte Aggression ($p < 5\%$) und unangemessene und unreife Verhaltensweisen ($p < 2\%$) im Vergleich zu den Geschwisterkindern, die eine hohe Kontrolle aggressiven Verhaltens und gut angepaßtes Verhalten ($p < 5\%$) zeigen. Die Gruppe der Kinder mit Gastroenteritis wird im Vergleich zu den Geschwistern als stärker neurotisch ($p < 10\%$) von den Eltern erlebt, während die Eltern der Kinder mit Croup und Gastroenteritis diese mehr abhängig ($p < 10\%$) als die Geschwisterkinder erleben. Das Zustandekommen dieser Differenzen wird von Sigal nicht interpretiert. Interessant und abweichend von nahezu allen bisherigen referierten Untersuchungen ist der konsequente Verzicht auf die "weichen" Interviewdaten.
Der Verzicht auf die relativ "weicheren" Interviewdaten und die konsequente Verwendung der methodisch "harten" Q-Daten (questionnaire data), L-Daten (life record) und T-Daten (test-data) kennzeichnet auch die Arbeit von Steinhausen (1976) zur Persönlichkeit hämophiler Jungen. Den N=50 hämophilen Jungen seiner Untersuchungsgruppe im Alter zwischen 10,0 Jahren und 16,5 Jahren ($\bar{X}$= 12,4) wurde eine Kontrollgruppe N=50 hinsichtlich der Parallelisierungskriterien Alter des Jungen, Geschlecht, Geschwisterzahl und Position, sozioökonomischer Status sowie Alter der Eltern zugeordnet. Beide Gruppen wurden mit der Hamburger Neurotizismus-Extraversionsskala (HANES; Buggle u. Baumgärtel, 1973) der Aggressionsskala des Kinderfragebogens von Wagner (A GG; Wagner 1974) und den Marburger Erziehungsstilskalen (MES, Stapf u.a., 1972) untersucht. Die multivariaten Varianz- und Diskiminanzanalysen über die Persönlichkeitsmerkmale und Er-

ziehungsstilskalen ergaben, daß keine der Variablen bedeutsam zwischen den beiden Gruppen diskriminiert. Das bedeutet, daß hämophile und gesunde Jungen sich hinsichtlich Extraversion, Neurotizismus, Aggressivität und erlebten elterlichen Erziehungsstils nicht bedeutsam voneinander unterscheiden und daß unter Jungen mit Hämophilie sich nicht überzufällig viele Neurotiker befinden. Über diesen Intergruppenvergleich hinaus untersucht Steinhausen den Zusammenhang von Krankheitsstatus (Schwere der Krankheit) und Persönlichkeitsmaßen bei hämophilen Jungen. Die Ergebnisse basieren auf zweifaktoriellen Varianzanalysen mit dem Faktor A als Grad der Körperbehinderung und dem Faktor B als positive bzw. negative Feststellung eines Merkmals. Nach diesen Varianzanalysen ergibt sich für Steinhausen, daß mit zunehmender Körperbehinderung das Persönlichkeitsmerkmal Extraversion abnimmt ($F=14,27$), während mit zunehmender Körperbehinderung das Persönlichkeitsmerkmal Neurotizismus zunimmt ($F=13,42$). Es besteht eine signifikante Beziehung zwischen Körperbehinderung und psychophysiologischer Blutungsbereitschaft ($F=5,47$), während Aggressivität zur Körperbehinderung undpsychophysiologischer Blutungsbereitschaft nicht in Beziehung steht. Desgleichen konnte bei keinem der erhobenen Persönlichkeitsmerkmale eine bedeutsame Beziehung zu dem Merkmal "erhöhte Blutungsbereitschaft unter emotionaler Belastung" festgestellt werden. Für Steinhausen lassen die Ergebnisse die Folgerung zu, daß bei Hämophilen psychische Störungen weniger Ursache als Folge zunehmender Körperbehinderung sind.
Unter Berücksichtigung der Sorgfalt des Forschungsdesigns, der Zuverlässigkeit der Erhebung der Beobachtungsdaten und der Genauigkeit der Datenauswertung und Interpretation kommt dieser Arbeit eine besondere Bedeutung unter den bisher referierten Untersuchungen zu,

wenngleich auch die kritische Frage nach der Gültigkeit der Meßinstrumente zur Erfassung des Gegenstandes gestellt werden muß. In einem methodenkritischen Exkurs sei dieser Frage intensivere Aufmerksamkeit zuzuwenden.
Interview- und Fragebogendaten dienen Pongratz (1977) zur Analyse der psychischen Entwicklung von Kindern mit einer Mucoviscidose. 18 Kinder - 11 Jungen und 7 Mädchen zwischen 6 und 15 Jahren- wurden mit der Hamburger Neurotizismus- und Extraversionsskale von Buggle und Baumgärtel (1972), dem Angstfragebogen von Wieczerkowski und Nickel (1974) und der Picture Frustration Study von Rosenzweig (1957) untersucht. Die Eltern der Kinder wurden teils in freier, teils in gebundener Form interviewt, wobei als Strukturierungshilfe der Diagnostische Elternfragebogen von Dehmelt, Kuhnert und Zinn (1974) verwendet wurde. Angaben über Art, Umfang, Inhalt und Strukturierung des Interviews macht Pongratz nicht. Die statistische Verarbeitung der Daten erfolgte mit einem X^2-Test. Die einzelnen statistischen Prüfwerte sind nicht angegeben. Nach den Ergebnissen der Elterninterviews sieht Pongratz in den meisten Fällen ein aus pschologischer Sicht günstiges Erzieherverhalten, welches sie als 'tolerant aber konsequent' bezeichnet. Erziehungsschwierigkeiten und Verhaltensauffälligkeiten werden selten berichtet. Die Eltern beschreiben die Kinder als für ihr Alter sehr gereift, und für einige Familien wird ein eher überbehütender Erziehungsstil angegeben. In den Merkmalen emotionale Stabilität, Prüfungsangst, Schulunlust und bewußte Ängste sollen sich die Kinder der Untersuchungsgruppe nicht bedeutsam von Gleichaltrigen unterscheiden, während beim Erleben und Verarbeiten aggressiver Gefühle eine deutliche Bereitschaft zur Verdrängung von

Aggressionen bestehen soll. Die Selbständigkeitsentwicklung der Kinder wird als defizitär beschrieben.
Der totale Verzicht auf ein strukturiertes Forschungsinstrument kennzeichnet die Arbeit von Furth (1973).
Mit Hilfe eines nicht näher nachvollziehbaren Auswertungsschemas wertet er spontan entstandene Bilder von sechzehn Kindern mit Leukämie aus und vergleicht die Ergebnisse mit denen von dreizehn akut kranken hospitalisierten Kindern und denen von fünfzehn gesunden Schulkindern. Parallelisierungskriterien etc. werden nicht genannt. Ein X^2-Test ergab keine Differenzen hinsichtlich einiger Merkmale der Bilder zwischen den Gruppen. Es werden keine Angaben gemacht, welches die Merkmale sind. Der Leser kann dem Untersuchungsgang dieser Untersuchung nicht folgen.

3.2. Beurteilung der Literatur

Die referierte Literatur zur Persönlichkeit des chronisch kranken Kindes soll eine wissenschaftliche sein. Die Beurteilung dieser hat den Kriterien der Wissenschaftlichkeit zu folgen.
Wissenschaft ist "methodisches Vorgehen (immanent bündiges, widerspruchsfreies, ohne Sprünge) mit dem Ziel der Erkenntnis des Objektes und seiner Bedingungen, ..." (Piel, 1979). Weiterhin bestimmt sich Wissenschaft nach Piel (ebd.) über die Offenheit der Methoden und die Objektivität der Aussagen, d.h. der intersubjektiven Kontrollierbarkeit. Diesen Kriterien der Wissenschaftlichkeit folgend soll die Literatur unter den Aspekten

1. Gegenstandskritik und
2. Methodenkritik

beurteilt werden.

3.2.1. Gegenstandskritik

Expressis verbis oder unausgesprochen implizit ist die allen Untersuchungen grundlegende Fragestellung eine differentielle, mit dem Versuch, chronisch kranke Kinder als Typus zu beschreiben. Die differentielle Psychologie als "Teilgebiet der Psychologie mit besonders engen Beziehungen auch zur angewandten Psychologie will nicht eigentlich Psychologie der Individualitäten sein, sondern Wissenschaft von den wesentlichen Differenzierungen seelischer Funktionen und Eigenschaften" (Dorsch, 1970).
Rohrachers (1965) Einteilung des Gegenstandes Psychologie folgend können die seelischen Funktionen als die psychischen Funktionen Wahrnehmung, Gedächtnis, Denken beschrieben werden, während die Eigenschaften nach Rohracher als die psychischen Kräfte Trieb (Bedürfnis), Gefühl und Wille (Motiv, Motivation) zu beschreiben sind.
Für die chronische Krankheit würde dies bedeuten, welchen Einfluß die medizinisch (organisch) unabhängige Variable (UV) 'chronische Krankheit' auf die Entwicklung und Differenzierung der psychischen Funktionen und psychischen Kräfte als abhängige Variablen (AV) nimmt. Eine derartige Fragestellung ist Persönlichkeitsdiagnostik, wenn Persönlichkeit mit Dorsch (ebd.) als "die individuelle Eigenart, das Ganze aller unmittelbar oder mittelbar in Erscheinung tretenden psychischen Vorgänge und Eigenschaften eines Menschen" verstanden wird. Persönlichkeit ist aber mehr als die Summe der psychischen Vorgänge und Eigenschaften; diese sind nicht Objekt - sie sind als Objekt-Bestandteile übersummenhaft und immer interpretativ im Zusammenhang mit einem Gefüge zu sehen (Metzger, 1975).Metzger äußert dazu: "Die zerlegende Analyse der Atomisten untersuchte das Einzelne unter Vernachlässigung des Ganzen. Rechte ganzheitliche Betrachtung aber kehrt nicht einfach diesen Fehler um und untersucht nur das Ganze unter Ver-

nachlässigung des Einzelnen. Sie untersucht auch das Einzelne so sorgfältig wie der Atomist, aber ohne, wie dieser, seinen Platz in dem Ganzen, und damit das Ganze selbst, aus den Augen zu verlieren". Diese gestalttheoretische ganzheitliche Sichtweise des Gegenstandes vermeidet die Überinterpretation von Einzelbefunden. "Die Sinnlosigkeit einer isolierten Vorgehensweise in der Interpretation von Einzelbefunden sollte klar herausgestellt werden" (Hobrücker, 1982). Im Sinne dieser ganzheitlichen Betrachtung eines Wissenschaftsgegenstandes kann die referierte Literatur zur Persönlichkeit chronisch kranker Kinder den Wissenschaftskriterien nicht umfassend genügen. Diese führt lehrbeispielhaft die atomistische Sichtweise und Überinterpretation von Einzelbefunden vor. Einer atomistischen Sichtweise folgend werden Einzelbefunde erhoben, ohne deren Position in einem Gesamtgefüge kenntlich zu machen. Zentraler Gegenstand des größten Teils der referierten Untersuchungen sind nicht die psychischen Funktionen und Kräfte, für welche die zentrale Frage zu lauten hätte: Wie sehen die typischen psychischen Funktionen und Kräfte des chronisch kranken Kindes aus, und wodurch unterscheiden sich diese von anderen Probanden? Derartige Fragestellungen lassen z.B. Aussagen über Art, Umfang und Struktur der Wahrnehmung, der Lernprozesse, der Gefühlsqualitäten, der Ängste, der Motivation etc. der chronisch kranken Kinder in Bezug zu Variablen ihrer Krankheit erhoffen. Diese Fragestellung macht den Gegenstand, das Objekt, als Gegenstand wissenschaftlicher Forschung kenntlich und ermöglicht damit die "methodische Erkenntnis des Objektes und seiner faktischen Bedingungen, seines Aufbaus, Werdens, seiner Grenzen und ihren Voraussetzungen (Forschung)" (Piel, 1979, S. 2).

Zahlreichen Untersuchungen gemeinsam ist die fehlende Kennzeichnung des Objektes der Erkenntnissuche. Das Objekt kann nicht "chronische Krankheit" sein, sondern nur die in Beziehung zu dieser stehenden psychischen Prozesse. Welcher dieser Prozesse Gegenstand der Erkenntnissuche ist, wird aus vielen Untersuchungen nicht ersichtlich.
Bei dem größten Teil der referierten Untersuchungen bestimmt sich das Objekt vermutlich oftmals nach dem Forschungsinstrument. Bei diesen Untersuchungen wird die durchschnittliche Merkmalsausprägung der chronisch kranken Kinder in dem Instrument erfaßt und der Grad der Merkmalsausprägung mit dem einer anderen Population verglichen. Dieses Vorgehen führt zu einer Sammlung von Einzelbefunden, welche "der blinden methodologischen Nur-Datenverarbeitung von in der Datenaufnahme nicht hinreichend kontrollierten Parametern (statistischen Stichprobendaten)... entstammen" (Piel, 1979, S.1).
Die Einzeldaten beinhalten die Problematik der Interpretation dieser, bei gleichzeitiger Unmöglichkeit, "die gesammelten singulären Daten in einen erklärbaren Kontext zu setzen" (Piel ebd.). Unter diesem Aspekt sind die widersprüchlichen, wenig differenzierten und aussagelosen Einzelbefunde zu verstehen. Jedes neue Instrument produziert auch neue Einzelbefunde, die in ihrer Aussage von vorhergehenden Aussagen abweichen können, da die Intention des neuen Instrumentes eine andere sein kann. Dieses Vorgehen muß zu einer Sammlung sich widersprechender, singulärer Daten führen, die schnell aussagelos werden, weil ein anderer Einzelbefund konträr sein kann. Es kommt zu einer Anhäufung von "Kenntnisschutt" ohne Relevanz (Piel, 1979, S. 5).

Unter Berücksichtigung des Ursache-Wirkungs-Verhältnisses stellt sich auch die Frage nach der Relevanz von Unter-

suchungen, deren Gegenstand ausschließlich die Beziehung zwischen der unabhängigen Variablen "chronische Krankheit" und der abhängigen Variablen "Persönlichkeit" ist. Auch wenn günstigenfalls nur ein einheitlicher Typus des chronisch kranken Kindes gefunden wird, so sagen diese Untersuchungen noch nichts aus über die Bedingungen, die zu diesem Typus führen und ihn trennscharf von anderen Probanden unterscheiden. Im Sinne einer dynamisch verstandenen Persönlichkeit sind aber diese die Persönlichkeit bedingenden Faktoren wesentliche Merkmale zur Beschreibung des Objektes. Dynamischen Persönlichkeitstheorien folgend lautet demnach hier die Frage: Welche dynamischen Prozesse werden zwischen Bezugspersonen und betroffenem Kind durch die Diagnose "chronische Krankheit" hervorgerufen und welchen Einfluß nehmen diese Prozesse auf die Persönlichkeitsentwicklung der Kinder? Diese Frage wird mit den vorliegenden Untersuchungen nicht beantwortet.

3.2.2. Methodenkritik

Nach Piel (1979) ist Wissenschaft "methodisches Vorgehen (immanent bündiges, widerspruchsfreies, ohne Sprünge) mit dem Ziel der Erkenntnis des Objektes und seinen Bedingungen, wobei - je nach Sachlage - die Methoden offen sein müssen, um multidimensional revidiert werden zu können. Ihre Aussagen müssen, um allgemeingültig zu sein, objektiv - d.h. intersubjektiv kontrollierbar erfolgen" (S. 2). Um dieser Forderung zu genügen, ist zumindest der Weg der Erkenntnissuche offenzulegen. Dieser Forderung genügen einige Untersuchungen nicht, z.B. Furth (1973). Diesen Untersuchungen ist gemeinsam, daß die Methodeninventare nicht oder nicht hinreichend beschrieben sind. Die intersubjektive Kontrolle kann damit nicht erfolgen. Unabhängig von der Methode der Informationsgewinnung hat die-

se unter dem Anspruch auf Wissenschaftlichkeit den meßtheoretischen Gütekriterien zu genügen. Die Persönlichkeitsdiagnostik kann auf Objektivität und Reliabilität nicht verzichten, wenn die Aussagen allgemein gültig sein sollen. Ergebnisse derartiger Forschungsinstrumente müssen dann gegebenenfalls als Methodenartefakte angesehen werden. Dieses kann aber nicht bedeuten, daß ein Gegenstand nur mit meßtheoretisch genügenden Instrumenten zu bestimmen ist. Objekte der Psychologie lassen sich nicht immer mit meßtheoretisch gesicherten Instrumenten erfassen; auch ein heuristisches Vorgehen kann zu Erkenntnissen des Gegenstandes führen, nur ist dieses Vorgehen als solches kenntlich zu machen und nicht als meßtheoretisch gesicherte Methode darzustellen, wie bei Gutjahr (1979) und Rausch deTraubenberg (1973). Die den statistischen Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität genügenden Untersuchungen liefern dennoch keine zwingenden Ergebnisse der Erkenntnis des Objektes und seiner Bedingungen. Piel (1979) weist darauf hin, "daß z.B. statistische Validität (Gültigkeit) der Instrumente trotz ihrer intersubjektiven (objektiven) Sicherungen noch keine Relevanz (erhebliche Bedeutsamkeit) für die untersuchende Sache selbst darstellen muß.Trotz Validität brauchen Sache und Instrument noch nicht identisch zu sein" (S.9). Unter diesem Aspekt kann ein den Gütekriterien genügendes Meßinstrument zu gültigen Aussagen gelangen, ohne jedoch mit der diesem Instrument eigenen Intention und Fragestellung die unabhängige Variable "chronische Krankheit" zu erreichen. Das Instrument kann Aspekte der Persönlichkeit gültig beschreiben, ohne daß diese immer zu der unabhängigen Variablen in Beziehung stehen müssen. Hier sind besonders die Arbeiten von Steinhausen (1975) und Jochmus (1971) betroffen. Das Problem dürfte Folge unzureichender theoriegeleiteter Forschung sein, an deren Stelle eine empiristische Datensammlung tritt. Experimentalpsychologisch ist anzumerken,

daß Faktenerhebung und Faktenинterpretation nicht immer übereinstimmen. Es wird beurteilt, ohne beobachtet zu haben (Köhne, 1979). Univariate Versuchspläne haben durchaus ihre Berechtigung für die Erkenntnis des Objektes, aber sie können nicht zu Ergebnissen führen, die nur multivariate Untersuchungspläne leisten können. Dieses betrifft die Ergebnisse der Arbeiten von Bach (1974), Bernstein (1971).Die Ergebnisse sind unter Berücksichtigung dieses Problems zu revidieren. Desgleichen ist eine statistische Aussage nur möglich, wenn diese dem statistischen Methodeninventar entstammt. Statistische Aussagen ohne deren statistische Überprüfung wie bei Gutjahr (1979) und Schlange (1962) sind nicht zulässig.

3.2.3. Zusammenfassende Bewertung der referierten Literatur

Die Literatur zur Persönlichkeit chronisch kranker Kinder zeigt, daß ein einheitlicher Typus der Persönlichkeit des chronisch kranken Kindes nur unzureichend zu konstruieren ist. Die heterogenen Methodeninventare liefern heterogene Ergebnisse mit geringen Gemeinsamkeiten. Die Ergebnisse werden zusätzlich immer noch von der Hilfsannahme gestützt, die gefundenen Ergebnisse kennzeichnen einzig die Träger des Merkmals "chronische Krankheit".
Das Objekt "Persönlichkeit chronisch kranker Kinder" und seine Bedingungen kann unter theoretischen Gesichtspunkten und Aspekten der Relevanz weder zuverlässig noch gültig beschrieben werden. Ein variables Theoriesystem mit Hypothesen, Konstrukten, Modellen und Bezugssystemen läßt sich aus den Ergebnissen nicht konstruieren. Die Erkenntnisse gestatten keine sicheren Prognosen als wahrscheinliche Vorwegnahme singulärer Erscheinungen und unter diagnostischen Gesichtspunkten ist die Persönlichkeit des chronisch kranken Kindes aufgrund konkreter Fakten und Bedingungen nicht zu prognostizieren.

3.3 Literaturüberblick: Chronisch kranke Kinder und ihre Familien

Im Vergleich zur Literatur des betroffenen Kindes ist der Umfang der Literatur zu Problemen der Familien sehr viel geringer. Gegenstand der Untersuchungen sind die Eltern des Kindes, soweit vorhanden dessen Geschwister und die Dynamik der Familienbeziehungen.
An dieser Stelle sei nur die Literatur von Untersuchungen referiert, deren zentraler Gegenstand die Familie chronisch kranker Kinder ist. Hier sollen nicht die Ergebnisse von Sammelreferaten referiert werden (z.B. Steinhausen, 1975); desgleichen wird verzichtet auf die Darstellung von Ergebnissen aus Untersuchungen, deren Datengewinnung insgesamt in der Darstellung intersubjektiv nicht nachvollzogen werden kann (z.B. Franz u. Dilgard, 1970; Leiken u. Hassakis, 1973).

3.3.1 Die Eltern der betroffenen Kinder

Koski (1969) befragte die Eltern diabetischer Kinder nach ihren Reaktionen auf die Diagnose "Diabetes". Die Antworten beziehen sich auf die Ergebnisse von 47 Interviews mit Müttern, 4 mit Vätern und 9 Interviews mit beiden Elternteilen. Der Arbeit ist nicht zu entnehmen, ob die Antwortkategorien strukturiert waren oder aus freiformulierten Antworten gewonnen wurden. Die Operationalisierung erfolgt über Beispiele von Elternaussagen. 50% der Eltern werden nach diesen Interviews als kooperativ bei der Behandlung des Kindes beschrieben und 50% als nicht kooperativ. Die Beurteilung erfolgte nach 6 Unterstützungskategorien. Jochmus (1971) interviewte 75 Mütter diabetischer Kinder mit dem Ziel, die Reaktion der Mutter bei der Manifestation zu erfassen. Die Gesprächsmethode wird von ihr so beurteilt, daß nur bewußtseinsnahe Inhalte und biographische Tatsachen erfaßt wurden. 80% der Mütter (N=75) reagierten

nach eigenen Angaben mit einem initialen Schock. 65% waren völlig verzweifelt, bei 45% überwog die Angst um das Überleben des Kindes. 15% waren erschrocken und depremiert aufgrund der Angst vor dem Spritzen des Kindes. 13% der Mütter fühlten sich nicht beunruhigt durch die Krankheit und 6% hatten die Erkrankung in dem Sinne hingenommen, daß sich an der Tatsache nichts ändern ließe. 55% der Mütter erleben sich in ständiger Angst und Sorge um das Kind, überwiegend bedingt durch die Angst vor Schockreaktionen des Kindes. 9% der Mütter sollen eine übertrieben starke Angst, die auch für die Kinder unverkennbar ist, zeigen. Es wird nicht angegeben, worauf sich diese letzte spezifische Beurteilung stützt. Die Untersuchung von Jochmus ist gekennzeichnet durch den konsequenten Verzicht auf objektive Meßinstrumente und die Akzeptierung der subjektiv erlebten und berichteten Reaktionen der Mütter. Fragwürdig wird allerdings die Akzeptierung der subjektiven Einschätzung des eigenen Erziehungsstils der Mutter. Danach halten sich 9% für tolerant, 30% für überbehütend und nachsichtig, 41% für dominierend einengend und kontrollierend und 20% für inkonsequent und ängstlich - unsicher. Selbst- und Fremdbeurteilung können hier aber sehr stark variieren. Sehr differenzierte Angaben macht Jochmus über die elterliche Zusammenarbeit bei der Versorgung des Kindes. Danach werden etwa 50-60% der Mütter nicht von den Vätern unterstützt. Jochmus gibt jedoch nicht an, worauf sich diese Einschätzung methodisch stützt, insofern ist dieses Ergebnis zunächst nur als Hypothese anzusehen. Das betrifft auch die Aussage, daß 15 Ehen sehr spannungsreich sind und an Scheidung gedacht wird. Ein besonderes Problem stellt das tägliche Spritzen der Kinder dar. 14 Mütter und 15 Väter weigerten sich die Kinder zu spritzen, in drei Familien weigerten sich beide Elternteile.

Diese Ergebnisse lassen keine Aussage über die affektiven Beziehungen der Betroffenen zu, zeigen aber die Wirkfaktoren auf, die zu einer affektiven Belastung führen können.
Unter methodischen Gesichtspunkten ist die Arbeit von Jochmus in dieser Fragestellung vergleichbar der Untersuchung von Stehbens und Lascari (1974), die 20 Elternpaare von Kindern mit Leukämie in einem freien Interview nach den subjektiv erlebten Auswirkungen des Todes des Kindes befragten. Der Zeitraum zwischen Interview und Todestag des Kindes war 6 Monate bis 3 Jahre. Danach reagierten 13% der Eltern auf den Tod mit psychosomatischen Beschwerden, 65% mit Schlafstörungen und 50% mit Appetitstörungen. 33% gaben an, ihre häuslichen und beruflichen Tätigkeiten nur mit großer Anstrengung verrichten zu können wegen des permanenten Denkens an den Tod des Kindes. Die Eltern gaben an, daß diese Störungen vor dem Tod des Kindes nicht bestanden. Die Autoren sind aufgrund ihrer Untersuchung der Auffassung, daß ein einheitlicher Reaktionstypus nicht zu diagnostizieren und die Störungen in der Regel nicht länger als 6 Monate nach dem Tod des Kindes bestehen. Lediglich drei Eltern sollen über diesen Zeitraum hinweg Schwierigkeiten in Form von "Nervenzusammenbruch, Depression und Herzattacken" gehabt haben.
Unklar sind bei dieser Arbeit die Prozentzahlen, da sie in Absolutzahlen umgerechnet keine geraden Zahlen ergeben können, und die Operationalisierungen der Diagnosekriterien, die eine symptomatische Beschreibung des Verhaltens nicht zulassen.
Singh und Srivastava (1973) gehen von der Annahme aus, daß die Persönlichkeit eines Kindes vorrangig durch die Beziehung zu den Eltern bestimmt wird und erst die Kenntnis der Elternpersönlichkeit das Verständnis für das betroffene Kind eröffnet. Für die Autoren sind unerwünschte

Verhaltensweisen der Kinder Ausdruck einer oft neurotischen Fehlentwicklung der Mütter. Sie untersuchten je 45 Mütter unauffälliger, problematischer (verhaltensgestörter) und chronisch kranker Kinder. Das durchschnittliche Alter der Mütter in den Gruppen differierte nicht bedeutsam (allerdings wird die statistische Signifikanzprüfung nicht angegeben). Die neurotische Tendenz der Mütter wurde mit der "Hindi version of the Neuroticism Scale Questionnaire nach Scheier und Cattel" untersucht. Nach diesen Verfahren gelten 86% der Mütter verhaltensgestörter Kinder als neurotisch, während Mütter unauffälliger Kinder zu 26,7% einen erhöhten Wert aufwiesen und 40% der Mütter chronisch kranker Kinder. Die Differenz zwischen den Müttern verhaltensgestörter Kinder und den unauffälligen Kindern ist auf dem 1%-Niveau signifikant, während die Differenz "normal" vs. "chronisch krank" nicht signifikant ist im Unterschied zu "verhaltensgestört" vs. "chronisch krank" mit einer Signifikanz auf dem 2%-Niveau. Der Vergleich über die einzelnen Skalen des NSQ zwischen den Müttern "normal" vs. Mütter "chronisch krank" ergibt nur einen auf dem 5%-Niveau erhöhten Depressionswert der Mütter chronisch kranker Kinder. Die Autoren betonen noch gesondert, daß die Gruppen sich in der Angstskala nicht unterscheiden und weisen darauf hin, daß Angst und Neurotizismus unterschiedliche Phänomene sind. Zu dieser Untersuchung ist kritisch anzumerken, daß die Gruppen hinsichtlich der Auffälligkeit der Kinder (Art der Verhaltensstörungen, Krankheitsbilder der Kinder etc.) nicht näher gekennzeichnet sind und die statistischen Prüfverfahren nicht benannt werden.

Das oben referierte Ergebnis entspricht in seiner Tendenz dem Ergebnis der Untersuchung von Cummings u.a. (1966). In dieser Untersuchung werden die Auswirkungen von Krankheiten und Behinderungen von Kindern auf die

Mütter untersucht. Dies betrifft Mütter geistig behinderter, neurotischer und chronisch kranker Kinder. Das Ergebnis der umfangreichen Studie läßt sich zusammenfassend wie folgt beschreiben: die Mütter chronisch kranker Kinder zeigen geringere affektive Reaktionen als Mütter geistig behinderter Kinder, sie neigen zu einer starken Unterdrückung und Abwehr der Gefühle, fühlen sich nutzlos und unfähig und erleben sich ihren Kindern gegenüber als sehr schuldhaft.
Methodisch gewonnen wurden diese Daten mit dem Edwards Personal Preferenze Schedule, der Self-Acceptance-Scale of the Berger Inventory, einem 46-Item Sentence Completion und einer Modifikation des Shoben Parental Attitudes Inventory (zit. nach Cummings, 1966). Dieselbe Fragestellung bearbeiten Cummings u.a. für die Väter von Kindern mit den gleichen Behinderungen (1976). Jeweils 60 Väter pro Gruppe wurden untersucht, wobei interessant ist, daß die Hälfte der untersuchten Väter Ehepartner von Frauen waren, die an der Untersuchung über die Auswirkungen auf die Mutter teilgenommen hatten. Die Methodeninventare sind identisch. Im Vergleich zu Vätern gesunder Kinder ergeben sich einige statistisch bedeutsame Unterschiede (t-Test), die jedoch nicht so ausgeprägt sind wie die zwischen Vätern geistig behinderter und gesunder Kinder.
Die Väter chronisch kranker Kinder zeigen im Vergleich zu Vätern gesunder Kinder depressive Zustände, erleben sich als Vater wenig kompetent und sind mit der Entwicklung des kranken Kindes und dessen Geschwistern und der Beziehung zu Nachbarn bedeutsam weniger zufrieden.
Im Vergleich zu den Müttern zeigen die Väter eine geringere Tendenz zur Unterdrückung und Leugnung der Belastung, sie sehen ihre psychische Beeinträchtigung bewußter und realistischer, erleben sich aber als leichter psychisch angreifbar durch die mit der Krankheit des Kindes einhergehende Belastung.

Bei diesen Arbeiten fallen die gute methodische Variablenkontrolle und statistische Analyse auf, sowie die am Versuchsplan orientierte Dateninterpretation, wenngleich anzumerken ist, daß die Differenzen zwischen Müttern und Vätern nicht einer statistischen Analyse unterzogen werden. Weiterhin ist nicht ersichtlich, in welchem Zeitraum die Untersuchungen durchgeführt wurden; der Zeitraum zwischen den Veröffentlichungen beträgt 10 Jahre!

Steinhausen (1976) untersuchte je 50 Mütter und Väter hämophiler Kinder mit dem Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI, Fahrenberg und Selg 1971) und der Direktivitätsskala des Fragebogens zur Erfassung direktiver Einstellungen (FDE, Bastine 1972) und verglich die Ergebnisse dieser Mütter und Väter mit denen von je 50 Müttern und Vätern einer Kontrollgruppe mit gesunden Kindern.

Die Daten wurden varianzanalytisch verrechnet und ergaben folgende Ergebnisse: statistisch gesichert sind die Eltern hämophiler Jungen weniger non-direktiv ($p < 0,04\%$) und der Tendenz nach neurotischer ($p < 0,09$) und gehemmter ($p < 0,06$).

Dieses Ergebnis erklärt sich aus den unterschiedlichen Skalenwerten von Müttern hämophiler Jungen und denen der Väter. Die Mütter der Stichprobe sind im Vergleich zu Vätern in stärkerem Maße non-direktiv ($p=0,0001$), nervöser ($p=0,00001$) und depressiver ($p=0,001$) sowie Tendenz nach erregter, weniger gesellig, weniger gelassen, gehemmter, weniger offen und extravertiert und neurotischer.

Die Väter hämophiler Jungen sind im Vergleich zu Vätern gesunder Jungen relativ weniger non-direktiv, dominanter und neurotischer, ohne daß sich jedoch die Persönlichkeitsstruktur beider Gruppen bedeutsam voneinander unterscheidet.

"Die in den Stichproben der untersuchten Elternpaare aufgedeckten Unterschiede zwischen Persönlichkeitsmerkmalen von Eltern hämophiler Jungen und Eltern gesunder Jungen können sämtlich auf die entsprechend höheren Persönlichkeits-Scores der Mütter zurückgeführt werden" (Steinhausen, 1976, S. 142).

Steinhausen deutet dieses Profil als Neurose zweiter Art oder Soziopathie, die sich bei den Müttern gesunder Kinder nicht zeigen soll, obgleich der Mittelwert nicht abweichend ist. Unter der Annahme, daß diese Unterschiede ausschließlich durch die Variable "Krankheit des Kindes" entstanden sind, stützen sie die Ergebnisse der Untersuchung von Cummings. Eine Interpretation dieser Ergebnisse wird von beiden Autoren jedoch nicht vorgenommen, obgleich eine psychodynamische Sichtweise diese nahezu zwingend fordert!

Der Vergleich der Persönlichkeitsstrukturen der Mütter und Väter hämophiler und gesunder Jungen mit der Struktur ihrer Kinder über eine kanonische Korrelationsanalyse ergab nach Steinhausen, daß Eltern hämophiler Jungen nur der Tendenz nach eine größere Ähnlichkeit in ihrer Persönlichkeitsstruktur mit ihren Söhnen haben als Eltern gesunder Kinder mit ihren Söhnen.

Ebenfalls mit dem FPI und dem FDE untersuchte Steinhausen (1977) 40 Elternpaare diabetischer Kinder und verglich die Ergebnisse mit denen von 70 Elternpaaren vergleichbaren Alters gesunder Kinder. Die statistische Verrechnung entspricht der oben referierten Untersuchung. Es werden nur FPI-Daten referiert. Danach unterscheiden sich die Väter im FPI nicht bedeutsam voneinander, während die Analyse der Mütterstichprobe eine sehr signifikante Gesamtdiskrimination zwischen den Müttergruppen aufweist. Mütter diabetischer Kinder sind nach dem FPI signifikant weniger aggressiv, gelassen, maskulin durchsetzungsfähig und dominant als Mütter gesunder Kinder und der Tendenz nach sind sie verschlossener und weniger extravertiert. Steinhausen geht davon aus, daß diese Ergebnisse das Ausmaß emotionaler Belastung durch ein chronisch krankes Kind widerspiegeln.

Einen methodisch anderen Weg geht Gutjahr (1979), der die Eltern tumor- und leukämiekranker Kinder nach dem

Einfluß der Krankheit auf das eigene Leben befragte. In dem Fragebogen war nur die Bejahung oder Verneinung möglich. Von N=113 Elternpaaren sehen 80 Elternpaare ihr Leben durch die Krankheit des Kindes beeinflußt, während 26 Elternpaare dieses verneinten. Von den 26 verneinenden Elternpaaren gehören 18 nach Gutjahr der unteren Gesellschaftsschicht an. Er glaubt daraus den Schluß ziehen zu können, "daß der subjektive Eindruck einer Beeinflussung des eigenen Lebens durch die maligne Neoplasie des Kindes mit dem ökonomischen und/oder zivilisatorischen Niveau steigt" (1979, S. 111). Einschränkend wird betont, daß Angehörige der sogenannten Oberschicht sich und ihr Kind betreffend andere Zielvorstellungen haben und sie diese Frage eher im Sinne einer sozialen Erwünschtheit beantworten als andere Eltern. Zu dieser Interpretation ist kritisch anzumerken, wieweit eine so komplexe und differenzierte Problematik überhaupt mit einer nur dichotom zu beantwortenden Frage gültig erfaßt wird und die Ergebnisse nicht Ausdruck einer methodisch unzureichenden Fragestellung sind. Differenzierte Eltern erkennen schneller, daß diese unspezifische Frage nur zu bejahen ist. Die von Gutjahr vorgenommene Interpretation kann nur erfolgen, wenn Informationen über das erlebte Ausmaß der Beeinflussung erhoben wurden.

Zusammenfassung

Eine intersubjektiv übereinstimmende elterliche Reaktionsform auf die chronische Krankheit des Kindes ist nach der berichteten Literatur nicht zu konstruieren.
Bei einer vorsichtigen Zusammenfassung der Ergebnisse der Literatur kann gesagt werden, daß Eltern auf die Eröffnung der Diagnose mit einem Wochen bis Monate anhaltenden initialen Schock reagieren. Die im Zusammenhang mit der Krankheit ausgelösten psychischen Prozesse können bei den Eltern zu einer Belastung des subjektiven Erlebens

führen, deren Auswirkung auch über objektive Fragebogenverfahren zumindest teilweise objektiviert werden können. Danach ist die von den Müttern erlebte Belastung und Beeinträchtigung offenbar stärker als die der Väter der Kinder, ohne daß sich jedoch für Mütter oder Väter ein spezifisches Persönlichkeitsprofil nachweisen läßt, welches sich bedeutsam von denen von Eltern gesunder Kinder unterscheidet. Die vorliegenden Untersuchungen klären nicht, welche im Zusammenhang mit der Krankheit stehenden Bedingungen zu der erlebten Belastung führen, es wird lediglich der Zusammenhang zwischen der globalen Variablen "Krankheit des Kindes" und psychischen Reaktionen hergestellt.
Wegen der fehlenden Bedingungsanalysen ist nach den Untersuchungen die Prognose einer spezifischen Reaktion auf die Krankheit nicht möglich.
Untermeßtheoretischen Gesichtspunkten wird die besondere Beziehung zwischen Reliabilität und Validität bei den Untersuchungen zu den Problemen der Eltern deutlich. Das Bemühen um erhöhte Reliabilität der Erfassung des Gegenstandes geht einher mit einer gleichzeitigen Entfernung von dem Gegenstand und seinen Bedingungen und damit verminderter Vailidität; die Erhöhung der Validität, d.h. das Bemühen um mehr Aussagenähe zum Gegenstand (z.B. über Interviews usw.), geht zu Lasten der Zuverlässigkeit. "Man spricht in diesem Zusammenhang von einer partiellen Inkompatibilität der beiden Kardinalkrieterien; indem man das eine anstrebt, gefährdet man das andere" (Linert, 1969, S. 296). Dieser von Lienert für die Konstruktion psychologischer Tests beschriebene Sachverhalt wird auch für den vorliegenden Fall bestätigt. Piel (1979) fordert die Überwindung dieses Phänomens zugunsten der Validität durch einen wohlverstandenen Pluralismus der Datenerfassung, indem empirische mit hermeneutischen und dialektischen Methoden gleichermaßen verbunden werden. Die Methoden- und Methodenkombinationsauswahl ist kritisch in Hin-

sicht auf den je zu untersuchenden Sachverhalt, den Zweck und die Auswirkungen der einzelnen Untersuchung auszurichten. Es wird damit -sicher unter Einschränkung der Zuverlässigkeit - erhebliche Bedeutsamkeit für die zu untersuchende Sache erreicht, über das bloße Kriterium statistischer Gültigkeit hinaus.

3.3.2. Die Geschwister der betroffenen Kinder

Die Aussage von Davis (1975), die Literatur zur Diagnostik und Behandlung des chronisch kranken Kindes ist zahlreich und umfassend, während es nur wenig Literatur zur psychischen Situation der Eltern und Geschwister gibt, kann aufgrund der eigenen Suche nach Literatur zu diesem Gegenstand besonders für die Geschwisterbeziehung und -problematik bestätigt werden. In Literaturübersichten wird die Situation der Geschwister variabel und differenziert dargestellt, wobei zu fragen ist, worauf sich diese Aussagen stützen und in welcher Weise sich die beschriebenen Probleme von denen anderer Kinder unterscheiden. Dieses betrifft z.B. Arbeiten von Steinhausen (1975), Binger (1973) und Gourevitch (1973). Diese Arbeiten genügen hinsichtlich der Geschwisterthematik nicht dem Anspruch methodischen Vorgehens und intersubjektiver Überprüfbarkeit der Daten. Nach diesen Arbeiten ist das Erstellen von Diagnosen und Prognosen nicht möglich. Es sollen deshalb auch hier nur Ergebnisse von Untersuchungen referiert werden, die ihre Aussage von Beobachtungsleistungen ableiten können.
Stehbens und Lascari (1974) interviewten Eltern an Leukämie verstorbener Kinder über die Reaktionen der Geschwisterkinder auf den Tod des kranken Kindes. Dieses waren 64 Kinder von 20 betroffenen Familien. 70% von ihnen wurden

von den Eltern "back to normal" innerhalb der ersten Woche nach dem Tod des Kindes beschrieben. In 12 Fällen wurden dysphorische Zustände, Enuresis, abdominale Beschwerden und unruhiger Schlaf angegeben. 7 Kinder sollen mit einige Wochen andauernder Verschlechterung der Schulleistungen reagiert haben.
Der größte Teil der Eltern klärte die Geschwisterkinder über den präfinalen Zustand der kranken Kinder auf, alle Kinder älter als 5 Jahre (90%) nahmen an dem Begräbnis des Kindes teil. Davis (1975) betont die Schwierigkeit der Beurteilung von Auswirkungen chronischer Krankheit eines Kindes auf das soziale Umfeld, weil methodisch das Problem der ex-post-facto Untersuchungen auftaucht. Zur Überwindung dieses Problems veröffentlicht er eine Checkliste, um die spezifische Dynamik des Kindes und seiner Familie vor, während und nach der Krankheit erfassen zu können. Die wesentlichen Beurteilungskriterien sind: Prämorbide Persönlichkeit des Kindes, Erkrankungsalter, Art und Ausmaß der Krankheit, Auswirkungen der Hospitalisation auch auf die Familie, die das Kind vor und nach der Erkrankung besteimmende Beziehungsdynamik und das auf das Kind einwirkende Erziehungsverhalten und auf der Seite der Eltern und Geschwister deren Betroffenheit durch die Krankkeit, die wiederum die Beziehung zu dem Problemkind bestimmt.
Dieses Schema weist auf die Dynamik hin, in welcher sich die Geschwisterkinder befinden können und durch welche Einflußfaktoren dynamische Prozesse initiiert werden können.

Insgesamt bleibt festzustellen, daß die Geschwisterproblematik - anders als bei geistig- und körperbehinderten Kindern - unzureichend untersucht wurde und daß unter wissenschaftstheoretischen Aspekten zahlreiche Ergebnisse nicht überzeugend sind. Auch hier müssen einige der Ergebnisse wie oben gezeigt als Methodenartefakte angesehen werden.

3.3.3. Die Dynamik der Familienbeziehungen

Die Dynamik der Familienbeziehungen von Familien mit chronisch kranken Kindern ist nach der Literaturdurchsicht nur wenig erforscht. Untersuchungen, die mit denen von Schumacher (1981) zur Situation von Eltern mongoloider Kinder oder Karraß und Hausa (1981) zur Interaktion in Familien mit verschiedenen (psychisch) gestörten Kindern oder Bateson u.a. (1974) zur Schizophrenie und Familie verglichen werden können, liegen offensichtlich nicht vor. Die Thematik und Problematik der Familien mit einem chronisch kranken Familienmitglied wird von Gourevitch (1973) in einem Übersichtsreferat beschrieben. Die Dynamik der Familienbeziehungen im Erleben des diabetischen Kindes untersuchte Jochmus (1971) mit dem Family-Relations-Test von Bene und Anthony (1957). Von 46 untersuchten Kindern bezogen danach 15 Kinder (27%) eine overprotection von Seiten der Mutter auf sich selbst, 18 Kinder (32%) wichen dem Thema aus, was Jochmus als Verdrängung bezeichnet, in den restlichen 23 Fällen (41%) bezogen die Kinder die overprotection durch die Mutter auf alle Familienmitglieder gleich oder auch stärker auf die Geschwister der Patienten. Übergroße Nachsicht der Mütter (overindulgence) erlebten im FRT 9Kinder (16%); in 22 Fällen (38%) bezog sich die Nachsicht jedoch auf andere Familienmitglieder, und in 25 Fällen (45%) wurde die Nachsicht nicht zur Kenntnis genommen, von Jochmus ebenfalls als Verdrängung gedeutet. Die Väter der Kinder wurden in 8 Fällen (14%) als overindulgent erlebt, in 18 Fällen (31%) galt diese überwiegend oder ganz anderen Familienmitgliedern und in 31 Fällen (54%) wurde sie ganz verdrängt. Diese Beschreibung der Familiensituation läßt keine Rückschlüsse auf diabetesspezifisches Verhalten zu. Ein Kontrollgruppenvergleich könnte die Interpretation der Ergebnisse ermöglichen oder zusätzliche andere Variablen elterlichen Verhaltens und Erlebens, die zu diesem

Ergebnis in Beziehung gesetzt werden könnten.
Wood u.a. (1967) untersuchten die Interaktionen zwischen Eltern und ihren an Phenylketonurie erkrankten Kindern in einer fünfzehnminütigen standardisierten Essenssituation. Die Autoren gehen von der Beobachtung aus, daß alle Eltern der Phenylketonurie-Kinder sehr stark emotional auf die diagnostizierte Krankheit der Kinder reagieren und die typischen Reaktionen der Eltern Verdrehungen der Information, Fehlorganisation, Angst und Entwicklung von Abwehrreaktionen sind. Die Autoren verstehen ihre Studie jedoch lediglich als 'pilot-study' und veröffentlichen keine detaillierten Ergebnisse der Untersuchungsgruppe. Die standardisierte Situation wird detailliert beschrieben, während über die Datenerhebung und Datenauswertung keine Angaben gemacht werden.
Stein und Charles (1971) untersuchten die familiäre Situation 38 diabetischer Kinder und Jugendlicher und verglichen diese mit einer Kontrollgruppe (N=38) von Kindern und Jugendlichen mit erblichen Blutkrankheiten. Die beiden Gruppen wurden nach ihrem sozioökonomischen Status (nach der Skala von Hollingshead und Redlich, 1958) parallelisiert. In der Gruppe der diabetischen Kinder fehlte in 45% (N=17) einer oder beide Elternteile, 24% (N=9) hatten Eltern mit schweren geistigen oder körperlichen Behinderungen, während 31% der Familien (N=12) als intakt angesehen wurden. In der Kontrollgruppe wurden 81% der Familien (N=31) als intakt beurteilt, 3% (N=1) als familiär gestört durch Behinderungen und in 16% (N=6) der Fälle fehlten einer oder beide Elternteile. Von den 17 diabetischen Kindern mit Verlust eines oder beider Elternteile hatten bereits 13 den Verlust vor der diabetischen Erkrankung erlitten. Aus diesem sicherlich signifikanten Ergebnis der Familiensituationen ziehen die Autoren den Schluß, daß der juvenile Diabetes über physiologische Bedingungen hinaus durch psychischen Streß verursacht wird und daß dieser in Beziehung zur Intaktheit von Familien zu ziehen ist. Die Familien-

beziehungen bestimmen danach ein prämorbid bedeutsames emotionales Klima, welchem eine Mitbedingung bei dem Ausbruch einer diabetischen Krankheit zuzuschreiben ist. Dieser Schluß ist empirisch sicherlich möglich, fraglich ist jedoch, ob eine so bedeutsame Interpretation ohne Untersuchung der psychodynamischen Beziehungen der Familienmitglieder zulässig ist. Es werden offensichtlich soziographische Merkmale psychologisch interpretiert, ohne daß die Interpretation auf psychologische Beobachtungsdaten zurückgeführt werden kann.
Die Autoren zitieren zahlreiche andere Autoren, die ebenfalls die Beziehung zwischen Diabetesmanifestation und familiären Belastungen untersuchen und zu vergleichbaren Ergebnissen gelangen sollen.
Stehbens und Lascari (1974) sehen keine besonderen Auswirkungen auf die Familienbeziehungen in Familien, in denen ein Kind an Leukämie verstarb. Zu diesem Ergebnis kommen sie aufgrund von Befragungen von 20 Elternpaaren. 1/3 der Eltern sollen ihre Beziehungen als fester und intensiver bezeichnen, zahlreiche Eltern erleben sich als toleranter gegenüber den anderen Kindern. Wegen der fehlenden Angaben über den Befragungsablauf und die Art des Interviews fehlt dieser Untersuchung das Merkmal "intersubjektiver Konsensus" (Popper, 1969).
Die vorliegenden Untersuchungen zur Familiendynamik der betroffenen Familien führen ebenfalls nicht zu einer Erkenntnis des Objektes und seiner Bedingungen. Insgesamt kann dieser Gegenstand als nicht umfassend und hinreichend untersucht gelten. Die Untersuchungen und Übersichtsreferate zu diesem Gegenstand sind ebenfalls zu einem großen Teil durch vorwissenschaftliche Kenntniserweiterung gekennzeichnet.

3.4. Zusammenfassende Beurteilung der referierten Literatur

Der größte Teil der psychologischen Literatur zur chronischen Krankheit im Kindesalter befaßt sich mit der Persönlichkeit des chronisch kranken Kindes. Der überwiegende Teil der Arbeiten versucht mit von der differentiellen Psychologie entlehnten Fragestellungen krankheitsspezifische Eigenschaften der Kinder nachzuweisen. Nach den vorliegenden Untersuchungen muß dieser Versuch als gescheitert gelten. Aufgrund der Literatur ist das chronisch kranke Kind hinsichtlich seiner psychischen Funktionen und seiner psychischen Kräfte nicht spezifisch beschreibbar und trennscharf von anderen, nicht kranken Kindern abzugrenzen. In Anlehnung an Irle (1975) können für das bisherige Scheitern des eigenschaftspsychologischen Ansatzes zur Beschreibung der psychischen Problematik chronischer Krankheit im Kindes- und Jugendalter folgende Gründe angeführt werden:

1. Die Meßinstrumente zur Indizierung der Eigenschaften sind wenig zuverlässig und/oder gültig.

2. Die untersuchten Eigenschaften sind irrelevant für die Differenzierung zwischen kranken und gesunden Kindern. Es mag andere relevante Eigenschaften geben, die durch induktive Suchstrategien noch nicht gefunden wurden oder mangels Theoriekenntnis nicht beachtet wurden, oder die als theoretische Variablen bekannt sind, aber noch nicht operationalisiert werden konnten. Dieser Sachverhalt wird im Zusammenhang mit neueren Testtheorien diskutiert. Ansätze dieser Testtheorien, z.B. "conjoint measurement" oder "latent-trait-Modelle" können hier eine Richtung weisen (Dietrich, 1975); bisher liegen offensichtlich keine Untersuchungen dieser Forschungsrichtung vor.

3. Es wurden nur isolierte Eigenschaften untersucht, während eventuell erst die Interaktionen bestimmter Eigenschaften zwischen chronisch kranken und gesunden Kindern differenzieren. Dieses ist die Forderung nach Profilvergleichen, z.B. über Claster-Analysen.

4. Die Untersuchungen befassen sich überwiegend mit der Differenzierung zwischen Personen, die Krankheiten haben und solchen, die keine Krankheit haben. Es wird nicht differenziert zwischen Kindern mit leichteren und schweren Erkrankungen, d.h. die unabhängige Variable "Krankheit" wird als ein 'Alles-oder-Nichts-Sachverhalt' begriffen, nicht aber als eine quantifizierbare Variable 'Mehr-oder Weniger-Krankheit'.

Unter Berücksichtigung neuerer Grundlagen der diagnostischen Urteilsbildung stellt Dieterich (1975) die auf der klassischen Testtheorie basierenden Verfahren in Frage. Seiner Auffassung nach können diese Instrumente komplexe Fragestellungen wie beispielsweise auch die Beziehung zwischen Krankheit und psychischen Auswirkungen nicht hinreichend beantworten, da die Testtheorie den Kontakt zu den Entwicklungen der Persönlichkeitstheorie verloren hat. Diese bezieht sich auch ein Modell unter vielen, das Eigenschaftsmodell, und dieses wiederum basiert auf der postulierten Konsistenz der Eigenschaften. Aus dieser postulierten Konsistenz der Eigenschaften leitet die Testtheorie ihre Forderung nach Reliabilität ab. Rollentheoretische Modelle z.B. können deshalb nicht mehr mit Verfahren der klassischen Testtheorie überprüft werden, da Rollenverhalten nicht reliabel ist, sondern situations- und gruppenspezifisch. Diese Kritik kann auch die widersprüchlichen und wenig reliablen Ergebnisse zur Persönlichkeit chronisch kranker Kinder und ihrer Eltern erklären.

Zur Überwindung des Problems fordert Mischel (1974) ein anderes Persönlichkeitsmodell, da Persönlichkeit mehr ist als die situationsunabhängigen und konstanten Verhaltensaspekte, welche durch die standardisierten Testverfahren erfaßt werden.
Mischel sieht die Möglichkeit zur Beurteilung der Persönlichkeit nur in Abhängigkeit von sozialen Stimuli und der Fähigkeit zu komplexen sozialen Lernprozessen.
Unter diesem Aspekt leisten die vorliegenden Untersuchungen nahezu keinen Beitrag zur Erkenntnis des Objektes und seiner Bedingungen, da rollentheoretische, interaktions- und kommunikationstheoretische oder psychodynamische Forschungsansätze zur Problematik chronischer Krankheit kaum vorliegen.
Die bisher geäußerte Kritik an der Literatur zu den Eigenschaften chronisch kranker Kinder gilt in vollem Umfang auch für die Literatur zu den Eltern und Geschwistern, da auch hier nach überdauernden Persönlichkeitseigenschaften gesucht wird.
Zur Dynamik der Familienbeziehungen ist festzustellen, daß die durch die Krankheit bedingte Dynamik dieser Familienbeziehungen als nicht ausreichend untersucht angesehen werden muß. Psychodynamische, interaktionstheoretische oder rollentheoretische Untersuchungen fehlen.

Zusammenfassung:
Ein großer Teil der Literatur zur Beziehung von chronischer Krankheit im Kindesalter und Familienreaktionen und -interaktionen genügt einem wissenschaftlichen Anspruch nicht, da die Kenntniserweiterung oft durch die bloße Sammlung singulärer Erscheinungen gewonnen wird und diese durch falsche oder vorschnelle Abstraktionen zu falschen oder fehlerhaften Bedingungsannahmen führen. Die verbleibende wissenschaftliche Literatur führt nicht zu einer umfassenden Erkenntnis des Objektes und seiner Bedingungen. Der Gegenstand ist nicht durch ein variables

3. Es wurden nur isolierte Eigenschaften untersucht, während eventuell erst die Interaktionen bestimmter Eigenschaften zwischen chronisch kranken und gesunden Kindern differenzieren. Dieses ist die Forderung nach Profilvergleichen, z.B. über Claster-Analysen.

4. Die Untersuchungen befassen sich überwiegend mit der Differenzierung zwischen Personen, die Krankheiten haben und solchen, die keine Krankheit haben. Es wird nicht differenziert zwischen Kindern mit leichteren und schweren Erkrankungen, d.h. die unabhängige Variable "Krankheit" wird als ein 'Alles-oder-Nichts-Sachverhalt' begriffen, nicht aber als eine quantifizierbare Variable 'Mehr-oder Weniger-Krankheit'.

Unter Berücksichtigung neuerer Grundlagen der diagnostischen Urteilsbildung stellt Dieterich (1975) die auf der klassischen Testtheorie basierenden Verfahren in Frage. Seiner Auffassung nach können diese Instrumente komplexe Fragestellungen wie beispielsweise auch die Beziehung zwischen Krankheit und psychischen Auswirkungen nicht hinreichend beantworten, da die Testtheorie den Kontakt zu den Entwicklungen der Persönlichkeitstheorie verloren hat. Diese bezieht sich auch ein Modell unter vielen, das Eigenschaftsmodell, und dieses wiederum basiert auf der postulierten Konsistenz der Eigenschaften. Aus dieser postulierten Konsistenz der Eigenschaften leitet die Testtheorie ihre Forderung nach Reliabilität ab. Rollentheoretische Modelle z.B. können deshalb nicht mehr mit Verfahren der klassischen Testtheorie überprüft werden, da Rollenverhalten nicht reliabel ist, sondern situations- und gruppenspezifisch. Diese Kritik kann auch die widersprüchlichen und wenig reliablen Ergebnisse zur Persönlichkeit chronisch kranker Kinder und ihrer Eltern erklären.

Zur Überwindung des Problems fordert Mischel (1974) ein anderes Persönlichkeitsmodell, da Persönlichkeit mehr ist als die situationsunabhängigen und konstanten Verhaltensaspekte, welche durch die standardisierten Testverfahren erfaßt werden.
Mischel sieht die Möglichkeit zur Beurteilung der Persönlichkeit nur in Abhängigkeit von sozialen Stimuli und der Fähigkeit zu komplexen sozialen Lernprozessen.
Unter diesem Aspekt leisten die vorliegenden Untersuchungen nahezu keinen Beitrag zur Erkenntnis des Objektes und seiner Bedingungen, da rollentheoretische, interaktions- und kommunikationstheoretische oder psychodynamische Forschungsansätze zur Problematik chronischer Krankheit kaum vorliegen.
Die bisher geäußerte Kritik an der Literatur zu den Eigenschaften chronisch kranker Kinder gilt in vollem Umfang auch für die Literatur zu den Eltern und Geschwistern, da auch hier nach überdauernden Persönlichkeitseigenschaften gesucht wird.
Zur Dynamik der Familienbeziehungen ist festzustellen, daß die durch die Krankheit bedingte Dynamik dieser Familienbeziehungen als nicht ausreichend untersucht angesehen werden muß. Psychodynamische, interaktionstheoretische oder rollentheoretische Untersuchungen fehlen.

Zusammenfassung:
Ein großer Teil der Literatur zur Beziehung von chronischer Krankheit im Kindesalter und Familienreaktionen und -interaktionen genügt einem wissenschaftlichen Anspruch nicht, da die Kenntniserweiterung oft durch die bloße Sammlung singulärer Erscheinungen gewonnen wird und diese durch falsche oder vorschnelle Abstraktionen zu falschen oder fehlerhaften Bedingungsannahmen führen. Die verbleibende wissenschaftliche Literatur führt nicht zu einer umfassenden Erkenntnis des Objektes und seiner Bedingungen. Der Gegenstand ist nicht durch ein variables

Theoriesystem aus Hypothesen, Konstrukten, Modellen und Bezugssystemen darstellbar. Deshalb sind im Anwendungsfeld sichere Prognosen und Diagnosen über die Auswirkungen chronischer Krankheit zur Zeit nicht möglich.

4. Begriffsklärung, Fragestellung und Hypothesen

4.1 Begriffsklärung

Chronisch kranke Kinder leben in der Regel in Familien oder einer anderen familienähnlichen Vergesellschaftungsform, der die familien- und kirchenrechtliche Legitimation fehlt. Psychologisch betrachtet leben diese Kinder in Kleingruppen, da die Familie hinsichtlich der Anzahl der Gruppenmitglieder, des Zieles oder Motivs, des Rollen- und Normensystems und der Interaktionen die Bedingungen einer Gruppe erfüllt (Kruse, 1972). Das den Kindern nahe Sozialisationsklientel sei damit bestimmt durch die Angehörigen dieser Kleingruppe, einer Primärgruppe. "Als differenzierende Merkmale von Kleingruppen werden angeführt: die Überschaubarkeit der Gruppe für jedes Mitglied, die Möglichkeit zum face-to-face-Kontakt und das Gefühl der Zusammengehörigkeit, das Bewußtsein der Einheit, das sich als "Wir-Gefühl" oder als Verantwortungsgefühl für die Gruppe als Ganzes über die persönlichen Belange hinaus äußern kann. Dieser "starke Gruppencharakter" (Bernsdorf, 1969, S. 397) resultiert aus den engen emotionalen Beziehungen zwischen den Mitgliedern - ein wesentliches und notwendiges Charakteristikum der Primärgruppe - oder auch aus der Möglichkeit der unmittelbaren sozialen Kontrolle, wie sie durch die Übersichtlichkeit der Gruppe und die geringe Distanz zwischen den Mitgliedern gegeben ist.
Als Gruppen in diesem Sinne gelten u.a. die Familie, Sippe, Nachbarschaft, eine Dorfgemeinschaft, eine Spielgruppe oder Schulklasse" (Kruse, 1972, S. 1555).
Die vordergründig klinisch-psychologische Fragestellung dieser Untersuchung wandelt sich damit in eine auch sozialpsychologische.

Im Rahmen seiner sozialpsychologischen Studien befaßte sich schon Kurt Lewin besonders mit den dynamischen Prozessen in Kleingruppen. Dessen Theorie der Ehegruppe als Kleingruppe sei Grundlage der Fragestellung und Hypothesenbildung dieser vorliegenden Untersuchung. Nach Lewin (1953) umfaßt die Ehegruppe zwei erwachsene Mitglieder und ein Kind oder mehrere Kinder. Das entscheidende Wesen dieser Gruppe besteht in der Abhängigkeit der Gruppenmitglieder voneinander. Die Gruppe ist zu kennzeichnen als "dynamische Ganzheit", d.h. eine Veränderung im Zustand eines Teils der Gruppe verändert jeden anderen Teil. Die Dynamik wirkt sich besonders intensiv auf die Ehegruppe aus. "Wegen der geringen Anzahl von Mitgliedern der Gruppe pflegt jede Bewegung eines Mitgliedes die anderen Mitglieder und den Zustand der Gruppe vergleichsweise nachdrücklich zu beeinflussen. Mit anderen Worten, die Kleinheit der Gruppe macht ihre Mitglieder sehr voneinander abhängig" (1953, S. 132). Der Begriff der Dynamik sei mit Dorsch (1970, S. 91) definiert: "Dynamik wird analog zur Physik verstanden als die Veränderung psychischer Tatbestände unter dem Einfluß von Kräften". Die Kräfte können dabei intrapsychisch, intraphysisch, interpersonal als auch solche der personalen Umwelt sein und nach Art eines Parallelogramms der Kräfte oder mathematischer Vektoren - jedoch nicht determinierend, sondern nur probalistisch (wahrscheinlich) - wirken (Piel, 1979). So gesehen fassen wir gruppendynamische Prozesse wissenschaftstheoretisch gesehen originär gestalttheoretisch bzw. feldtheoretisch auf als Vorgänge psychodynamischer Natur, die auf der Objektseite teleologisch-zielgerichtet eine Umstrukturierung auf einen prägnanten Endzustand hin bewirken. Die Vorgänge sind ganzheitlich strukturiert, verlaufen in einem offenen Fließgleichgewicht und werden durch die spontane Aktivität des Individuums bestimmt. Dadurch

werden probabilistische Gelegenheiten für nachfolgendes Verhalten erzeugt (Piel, 1980).
"...wissenschaftstheoretisch ist mit der gestaltpsychologischen Position kein Ausschließlichkeitsanspruch verbunden,... Die Bedeutung der gestalttheoretischen Position für eine Untersuchung wie diese liegt insbesondere in der Vermeidung der Interpretation von Einzelbefunden, wie sie etwa in der Konzentration auf eine singuläre, statistisch herausragende Persönlichkeitseigenschaft in einer Stichprobe von Merkmalsträgern gegeben ist. Die Sinnlosigkeit einer isolierten Vorgehensweise in der Interpretation von Einzelbefunden sollte klar herausgestellt werden" (Hobrücker, 1982, S. 5/6).

4.2. Fragestellung

Verstehen wir chronische Krankheit im Kindesalter eines Familienmitgliedes als eine solche dynamische Kraft, so lautet die Fragestellung:

1. Welche soziographisch beschreibbaren Belastungen entstehen für die Gruppe durch die chronische Krankheit eines Kindes?
2. Welche intrapsychischen und interpersonalen Prozesse werden durch die chronische Krankheit eines Kindes ausgelöst?
3. Welche Veränderung erfährt die Gestalt oder das Feld Familie, wenn Kräfte in Form von chronischer Krankheit eines Kindes auf diese Familie einwirken? Unter Veränderung seien die interpersonalen Interaktionen der Gruppenmitglieder zu verstehen und die psychischen Funktionen und psychischen Kräfte eines jeden einzelnen Gruppenmitgliedes.

Die Fragestellung zielt somit nicht primär auf die Quantifizierung irgendwelcher Probleme ab, es geht nicht um Häufigkeiten und Prozente. Es geht primär um die Be-

schreibung der Bedingungen, die unter dem Einfluß chronischer Krankheit eines Kindes die Gestalt oder das Feld Familie verändern.

4.3. Hypothesen

Nach Auffassung der Feldtheorie ist davon auszugehen, daß Familien als Primärgruppen sich unter dem Einfluß chronischer Krankheit eines Mitgliedes verändern.

Hypothese 1
Unter dem Einfluß chronischer Krankheit verändert sich der psychologische Tatbestand Familie.

Wissenschaftsmethodisch ist diese Hypothese als 'ex-post-facto-Untersuchung' nur mit einem 'One-Shot-Untersuchungsplan' zu untersuchen, der eine Prüfung von Hypothesen allerdings nicht zuläßt, sondern nur Anregung beim Finden neuer Hypothesen ermöglicht. In diesem Sinne kann die Untersuchung der Hypothese nur hypothesen-generierende Ergebnisse liefern.

Unter Berücksichtigung der Theorie Lewins über die allgemeinen Bedingungen von Konflikten braucht chronische Krankheit im Kindesalter an sich jedoch nicht zwingend zu Familienkonflikten führen: "Experimentelle Untersuchungen an Einzelnen und Gruppen erweisen, daß einer der wichtigsten Faktoren für die Häufigkeit von Konflikten und das Zustandekommen eines Gefühlsausbruches das allgemeine Spannungsniveau ist, in dem die Person oder Gruppe lebt. Ob ein bestimmtes Ereignis zu einem Konflikt führt oder nicht, hängt weitgehend von dem Spannungsniveau oder von der sozialen Atmosphäre in der Gruppe ab" (Lewin, 1953, S. 134).
Auch nach Piel führen Feldkräfte nicht determinierend, sondern nur probabilistisch zu Konflikten, wenn er die Auffassung vertritt, "daß die nach den Gestaltgesetzen

und topologischen Faktoren der Gesamtsituation vorgegebenen Einzelmerkmalen nur dann umfiguriert werden können, wenn die kognitiven dynamischen Faktoren des Individuums überlegen sind, z.B. bei ausreichender Intelligenzausstattung, schöpferischer Phantasie etc. Die Gestalt oder das Feld kann dann umstrukturiert werden. Umgekehrt können aber auch durch anders geartete Erfahrungen, mangelnde kognitive Ausstattung oder pathologische Eigenschaften Festlegungen (Rigidität) oder Gestaltzerfall (als Einschränkung oder Auswucherung) entstehen" (1979, S. 6).
Lewin (1953) nennt vier besondere Anlässe für Spannungen innerhalb von Gruppen:

1. "Der Grad, in dem die Bedürfnisse einer Person in einem Zustand des Hungers oder der Sättigung sind" (S. 134/135).

   Hypothese 2:
   Familien, in denen die Bedürfnisse, Wünsche, Erwartungen etc. der Mitglieder als Folge chronischer Krankheit eines Kindes in einem Zustand mangelnder Bedürfnisbefriedigung sind, verändern sich stärker als Familien, die eine Bedürfnisbefriedigung ermöglichen.

2. "Der Umfang des Raums freier Bewegung, den die Person hat. Ein zu kleiner Raum freier Bewegung führt im allgemeinen zu einem hohen Spannungszustand" (S. 135).

   Hypothese 3:
   Familien, in denen der Raum freier Bewegung jedes einzelnen Mitgliedes von der Gruppe akzeptiert wird, verändern sich durch chronische Krankheit eines Kindes weniger stark als Familien, die den Raum freier Bewegung ihrer Gruppenmitglieder entscheidend verengen.

3. "Die äußere Barriere. Spannung oder Konflikte führen häufig zu einem Bestreben, die unliebsame Situation zu verlassen. Ist dies möglich, kommt es nicht zu hoher Spannung" (S. 135).

   Hypothese 4:
   Der Spannungszustand in Familien nimmt zu, wenn die äußere Barriere Krankheit die Familie wiederkehrend bei der Gestaltung eines prägnanten Endzustandes behindert.

4. "Innerhalb des Gruppenlebens hängen Konflikte von dem Grade ab, in dem sich die Ziele der Mitglieder gegenseitig widersprechen, und von der Bereitschaft, den Gesichtspunkt der anderen Person in Betracht zu ziehen" (S. 135).

   Hypothese 5:
   Familien, in denen die Gruppenmitglieder die chronische Krankheit eines Gruppenmitgliedes als ein gemeinsames Problem ansehen, zeigen geringere Spannungen als Familien, die dieses Problem an ein Gruppenmitglied delegieren.

Nach diesen Hypothesen ist die chronische Krankheit eines Kindes offensichtlich keine hinreichende Bedingung für das Entstehen eines Gruppenkonfliktes. Chronische Krankheit ist danach ein zufälliges Ereignis, welches keine Prognosen zuläßt.
Es bleibt der vorliegenden Untersuchung vorbehalten, diese Auffassung zu verifizieren oder falsifizieren. Sollte die Theorie Lewins sich bestätigen, so soll mit der vorliegenden Untersuchung versucht werden die Bedingungen zu beschreiben, die in dieser spezifischen Untersuchungsgruppe zu psychodynamischen Auswirkungen führen.

5. Methode der Untersuchung

Mit der methodischen Merkmalslinse des experimentalpsychologisch arbeitenden Klinischen- oder Sozial-Psychologen gesehen, ist die Fragestellung der Untersuchung nur unzureichend zu untersuchen (Innerhofer und Gottwald, 1977;Irle, 1975; Bredenkamp, 1969). Das Problem besteht für diese in der unzulänglichen Variablenkontrolle. Es handelt sich um eine 'ex-post-facto-Studie' in einem gegebenen sozialen Feld, d.h. die angenommene unabhängige Variable (hier: chronische Krankheit) ist bereits wirksam, bevor der Untersucher tätig wird und entzieht sich vollständig dessen Einflußnahme.Insofern ist es auch wichtig, daß bei Untersuchungen dieser Fragestellung es willkürlich ist zu unterstellen "der Sachverhalt X bedinge den Vorgang Y" (Irle, 1975, S. 40). Die von Irle diskutierten drei Untersuchungspläne für Feldstudien ("One-shot-Untersuchungsplan"; "One-Group-Pretest-Posttest-Untersuchungsplan" und "Statistischer Zwei Gruppenvergleich-Untersuchungsplan") zeigen, daß dieses Problem letztlich methodisch ungeklärt bleiben muß. "Das Dilemma aller drei skizzierten Untersuchungspläne für Feldstudien ist, daß der Forscher die Untersuchungsbedingungen nicht kontrollieren, nicht steuern kann, sondern so hinnehmen muß, wie er sie vorfindet. Wie immer er seinen Untersuchungsplan wendet, er kann nur einen Bruchteil der Einwände hinwegdiskutieren, so daß es offenbleibt, ob die von ihm hypothetisch postulierte UV die Effekte bei der AV determiniert hat oder andere Variablen in einem unbekannten Maße als Störvariablen seine Interpretation der Forschungsergebnisse fragwürdig machen. Wenn dieser sozialpsychologische Forscher (und nicht nur er) empirisch besser begründbare Gewißheit finden will, muß er sich dem Experiment zuwenden" (1975, S. 43).

Es ist trivial und plausibel, daß ethische Gründe das Experimentieren bei der vorliegenden Fragestellung verhindern (Butollo, 1978).

Dieses methodische Problem entspricht dem allgemeinen Methodenproblem in der klinischen Psychologie und findet seine Entsprechung in der dortigen Methodendiskussion zwischen phänomenologisch-deskriptiv ("klinische Methode") und experimentell-statistisch ("Statistische Methode") orientierten Forschern (Pongratz, 1975).
Beckmann u.a. (1978) betonen ebenfalls den unterschiedlichen Standpunkt zwischen Forschung und Praxis, d.h. experimental-psychologischer Laborforschung versus klinisch-psychologischer Forschung, die ihre gesicherten oder zu sichernden Daten in den Gegebenheiten eines Feldes zu erheben hat. Die dort zu bestimmenden Bedingungen von Objekten werden methodisch nicht dem Anspruch des experimentierenden Forschers genügen, gleichwohl gibt es Fragestellungen dieses gegebenen Feldes, die unter den dort vorherrschenden soziologischen, sozialpolitischen und organisatorischen Bedingungen zu beantworten sind. Dieses Problem diskutieren Innerhofer und Gottwald unter wissenschaftstheoretischen Aspekten (1977). In Anlehnung an Beckmann u.a. (1978) lassen sich folgende Gründe für eine reduzierte methodische Absicherung klinisch-psychologischer, in einem gegebenen sozialen Feld erhobener, Daten anführen:

1. Der Komplexitätsgrad erlaubt keine rasche Gewinnung objektiver Daten über den Gegenstand.
2. Wegen der individuellen Züge konkreter psychischer Leiden sind die denkbaren Meßinstrumente zu allgemein und wenig trennscharf.
3. Die Problematik läßt eine quantitative Darstellung gar nicht zu; sie ist wie ein topologisches Problem nur logisch zu analysieren.

Diese Gründe treffen auf die vorliegende Untersuchung in vollem Umfang zu. Dazu kommt, als weiteres zentrales methodisches Problem, das Reliabilitäts-Validitäts-dilemma (Lienert, 1969). Aufgrund der inneren Inkompatibilität dieser Merkmale in Meßinstrumenten führt die methodisch stärkere Annäherung der Meßinstrumente an den Gegenstand mit dem Ziel der Erhöhung der Validität zu einer Reduzierung der Reliabilität.
Für die vorliegende Untersuchung besteht über diese Probleme hinaus die methodische Schwierigkeit der Absicherung, die gefundenen Ergebnisse der Familiengruppen gelten einzig für diese Familien. Ein statistischer Zwei-Gruppenvergleich-Untersuchungsplan könnte eine gewisse Absicherung ermöglichen, letzlich aber das Problem nicht lösen, da die Zuordnung einer Kontrollgruppe zu einer Untersuchungsgruppe in allen Merkmalen und Eigenschaften methodisch nicht möglich ist. Gerade für diese Untersuchung dürfte es methodisch sehr schwierig und fragwürdig sein, Eltern einer Kontrollgruppe mit gesunden Kindern über Prozesse von Krankheit und Sterben der Kinder zu befragen und gültige und zuverlässige Daten zu erhalten, da diese Eltern über eine fiktive Situation Auskunft geben, jene Eltern aber über eine reale. Irle führt zu diesem Problem aus: "Es kann vom Beobachter nicht widerlegt werden, daß die Kontrollgruppe aufgrund anderer determinierender Variablen ohnehin geringere Leistungsabgabe zeigt,daß demnach die Differenz der Leistungsabgabezwischen Versuchsgruppe und Kontrollgruppe nicht zwingend auf die damit nur noch vermeintlich unabhängige Variable zurückzuführen ist" (1975, S. 43).

Insofern kann für diese Untersuchung davon ausgegangen werden, daß die erhobenen Befunde gerade nicht einzig die von chronischer Krankheit betroffenen Familien

kennzeichnen, sondern daß diese Befunde allgemeine Gruppenprozesse in einer spezifischen (Krisen-) Situation beschreiben, d.h. die durch chronische Krankheit ausgelösten Gruppenkonflikte sind keine krankheitsspezifischen, sondern allgemeine, einem konflikthaften Ereignis folgende Prozesse (Piel, 1982).

Wenngleich die Untersuchung einige oben aufgezeigte methodische Schwierigkeiten aufweist, so akzeptiert Irle (1975) in Anlehnung an Campbell und Stanley (1963) 'ex-post-facto-Untersuchungen' quasi-experimentellen Charakters in einem gegebenen Feld, wenn die Lücken der Kontrolle durch den Forscher eindeutig definiert werden. Diesen Standpunkt vertreten ebenfalls Beckmann u.a. (1978), Huber (1978) und Pongratz (1975).
Besonders Pongratz stellt als gleichberechtigte Methode neben die durch exakte Variablenkontrolle gekennzeichnete statistische Forschungsmethode die klinische Methode. Das methodische Vorgehen der klinischen Methode ist bestimmt durch die beiden Schritte Analyse und ideirende Abstraktion, wobei die Analyse die komplexen Elemente des Objekts zu bestimmen und beschreiben hat, während die ideierende Abstraktion Grundform und Grundstruktur als das Wesentliche des Phänomens herausarbeitet. Der klinischen Methode bedient sich ein Forscher immer dann, wenn er "...sich einem neuen Gebiet nähert, auf dem noch relativ wenig bekannt ist..." (Bolgar, 1965).
Für Gruppenprozesse in Familien mit chronisch kranken Kindern ist nach der referierten Literatur davon auszugehen, daß nur relativ wenig über die Gruppenprozesse in dieser Primärgruppe bekannt ist. Von daher ist die Klinische Methode zur Beschreibung des Objektes legitimiert, wobei darüber hinaus mit einer 'ex-post-facto-Untersuchung' quasi -experimentellen Charakters nähere Kenntnis des Objektes, seiner Bedingungen etc. erreicht werden soll.

5.1. Verfahren zur Datengewinnung

Zur Datengewinnung waren folgende Vorüberlegungen anzustellen:

1. Es sollte eine möglichst große Gruppe von Familien mit chronisch kranken Kindern untersucht werden.
2. Durch die Untersuchung durfte die Beziehung zwischen behandelnder Klinik und den Familien nicht gefährdet werden.
3. Die Verfahren sollten das Gruppengeschehen krankheitsbezogen gültig beschreiben können.
4. Es sollte einer "naturalistischen Beobachtung" (Cromwell, 1976) der Vorzug vor einer experimentellen Beobachtung eingeräumt werden(Karraß u. Hausa, 1981).
5. "Weiche Daten" sollten durch "harte Daten" ergänzt werden (Hobrücker, 1982).

Unter Berücksichtigung dieser Aspekte wurde die folgende Untersuchungsmethode gewählt.

5.1.1. Befragung

Die Befragung erhält in der Klinischen und Sozialpsychologie immer dann eine besondere Bedeutung, wenn über einen Gegenstand keine oder nur wenig Information vorliegt und "theoretische und praktische Interessen explizit um Fragen der sozialen Bewertung und der daraus resultierenden Erlebens- und Verhaltensdispositionen kreisen" (Anger, 1969).
Es sind symptomatische und ätiologische Daten zu erheben (Pongratz, 1975), und über diese kann im Regelfall nur der Betroffene in Gesprächen Auskunft geben.

Es wurde deshalb eine halbstandardisierte Befragung der Eltern durchgeführt; die Fragenkomplexe und Detailfragen wurden vom Verfasser nach den Ergebnissen der vorliegenden und referierten Literatur ausgewählt und zu einem halbstandardisierten Familienbelastungsinterview zusammengestellt (vgl. Anhang I).

Die Fragenkomplexe umfassen:

1. Problembereich der Mutter
2. Problembereich des Vaters
3. Fragen der Beziehung zwischen den Partnern mit besonderer Berücksichtigung der Krankheit des Kindes
4. Problembereiche der Geschwister
5. Die von Eltern im Zusammenhang mit der Krankheit erlebten Gefühle und Partnerbeziehungen.

Die Fragenkomplexe umfassen zwischen 4 und 11 Detailfragen, die als inhaltlicher Leitfaden dienten. Folgende Inhalte sollten in dem Interview angesprochen und danach beurteilt werden:

Mutter
Übermäßig durch das Kind gefordert (körperlich)
Schockreaktion bei Diagnose
Schuldgefühle als 'Überträger' der Krankheit
Mutter-Sohn Symbiose
Leugnung des Ausmaßes der Krankheit
Ablehnung und Vernachlässigung des Kindes
Erhöhung der Mutterrolle
Aggression latent oder manifest gegen das Kind
Schuldgefühle gegenüber gesunden Kindern
Doppelbindungsproblematik

Vater
'Gedrückte' Vaterrolle
Vater isoliert von der Versorgung, enterbter Vater
Väterliches 'Sich-Absetzen'; Flucht in die Arbeit

Krankheit (besonders des Sohnes) Angriff auf eigene Stärke

Eltern
Scheidung
Trennung
Probleme bei neuer Partnersuche durch krankes Kind
Abnahme außerfamiliärer Kontakte der Eltern
'Flucht'in Vergnügen
Besondere Pflegerische Belastungen
Überbehütende Erziehungsbehandlung (Mutter, Vater)
'Chronic-sorrow' (nicht Akzeptierung und nicht Neurose)
Verhaltensunsicherer Elternteil (Mutter, Vater)
Mangelnde Kommunikation über das kranke Kind, Gefühle usw.
Spannungen zwischen Ehepartnern

Geschwister
Spannungen zwischen Geschwistern
Besonderes Sorgen der Geschwister um krankes Kind
Aggressionen der Geschwister gegen das kranke Kind
Abnahme außerfamiliärer Kontakte
Probleme bei Finden und Aufrechterhalten von Freundschaften
Schulschwierigkeiten, z.B. Sitzenbleiben

Gefühle
Verstimmung und Irritierung
Schuldgefühle
Nichts vom Leben haben
Überbelastung (psychisch) für einen Elternteil
Verlustängste
Versagensängste
Widerspruch Fürsorge-Angst

Dieser Leitfaden diente als Interviewhilfe, die Befragung erhielt damit den Charakter eines qualitativen Interviews mit einer nicht festgelegten Frageformulierung und Reihenfolge der Befragungsinhalte.
Die Befragung steht somit methodisch zwischen einer halbstandardisierten und einer unstrukturierten Befragung, die es dem Untersucher erlaubt, "eine bessere Anpassung an den jeweiligen Gesprächsverlauf sowie an das Sprachverständnis, die Auffassungsgabe und den Bildungsgrad der einzelnen Befragten zu erreichen" (Anger, 1969, S. 571). Ziel der Befragung war die Erhebung von Informationen zu den Detailfragen.
Als Gesprächsmethode wurde das weiche, neutrale Interview gewählt. "Das weiche Interview" basiert auf den von Rogers (1951) formulierten Hypothesen zur Gesprächsführung. Danach führt der Interviewte das Gespräch, der Untersucher unterbricht nicht, stellt keine Fragen und ändert von sich aus das Thema nicht. Diese nichtdirektive, klientenzentrierte Gesprächsform ist asymmetrisch; die passiv-reaktive Rolle wird dem Untersucher zugewiesen. "Das neutrale Interview" soll während des Gespräches möglichst jede Gefühlkomponente in der Beziehung zwischen Interviewer und Zielperson ausschalten. Der Interviewer agiert lediglich als Übermittler verbaler Stimuli sowie als Empfänger von Reaktionen. Dadurch soll eine weitestgehende Uniformität und Objektivität der Interviewsituation gewährleistet werden (Hümme, 1979).
Als weiteres Instrumentarium zur Datenerhebung wurde vom Verfasser ein 8-Item Krankheitsbelastungsfragebogen erstellt, welcher die objektiv die Familie belastenden Fakten der Krankheit erheben sollte, z.B. Häufigkeit der Klinikaufenthalte, Häufigkeit der Hausbesuche, etc. Diese Daten wurden von den Eltern erfragt und, soweit aktenkundig, mit den Angaben in den Krankenakten verglichen bzw. ergänzt (vgl. Anhang II).

Krankheitsbelastungsdaten

Name des Kindes:.....

1. Art der Krankheit (Diagnose):
2. Zeitpunkt der Erkrankung: Dauer der Krankheit:
3. Häufigkeit des Krankenhaus- Jahr Wochen
   aufenthaltes: 19
   19
   19
   19
4. Häufigkeit des Arztbesuches im letzten Jahr:
   mehrfach wöchentlich wöchentlich monatlich sonstig

5. Durchschnittliche Häufigkeit des Arztbesuches die Jahre zuvor:

   .....

6. Schwere der Krankheit:
   leicht mittel schwer sehr schwer

7. Belastung durch ärztlich verordnete Maßnahmen (Medikamente, Physioth. etc.)
   leicht mittel schwer sehr schwer

8. Überwachung der ärztlichen Maßnahmen durch die Eltern:
   regelmäßig oft manchmal nie

5.1.2. Questionnaire Resources and Stress (QRS)

Die durch die Befragung erhobenen Daten sollten durch einen Fragebogen überprüft, ergänzt und näher gekennzeichnet werden. Dazu bot sich der "Questionnaire on Resources

and Stress" an. Der Fragebogen wurde von Jean Holroyd, University of California, Los Angeles, 1973 konstruiert und dem Verfasser in der amerikanischen Form dankenswerterweise zur Verfügung gestellt. Es handelt sich dabei um einen 285-Item-Fragebogen, der nach einem rationalen Testkonzept konstruiert wurde und als logisch valide gelten muß. Die 285 Items wurden nach einer Aufgabenkorrelation 15 Skalen zugeordnet, welche als rational nicht überlappend angesehen werden müssen. Die 15 Skalen sind:

Skala	1 (11 Items):	Poor Health/Mood
Skala	2 (14 Items):	Excess Time Demands
Skala	3 (23 Items):	Negative Attitude Torward Index Case
Skala	4 (13 Items):	Overprotection/ Dependency
Skala	5 (10 Items):	Lack of Social Support
Skala	6 (7 Items):	Overcommitment (Martyrdom)
Skala	7 (13 Items):	Pessimism
Skala	8 (23 Items):	Lack of Family Integration
Skala	9 (9 Items):	Limits von Family Opportunity
Skala	10 (17 Items):	Financial Problems
Skala	11 (14 Items):	Physical Incapacitation
Skala	12 (6 Items):	Lack of Activities for Index Case
Skala	13 (7 Items):	Occupational Limitations for Index case
Skala	14 (7 Items):	Social Obtrusiveness
Skala	15 (32 Items):	Difficult Personality characteristics

Die Items sind in der Form formuliert, daß 50% mit "True" und 50% mit "False" in eine erwartete problemlose, angepaßte und die Krankheit beherrschende Richtung weisen. Im Manual sind die Items für jede Skala mit der jeweils zugehörigen Scorung aufgeführt.

Dieser Fragebogen wurde vom Verfasser in die deutsche Sprache übersetzt, wobei besonderer Wert auf Verständlichkeit gelegt wurde. Die Anweisung für den Test ist im Anhang (vgl. III) beigefügt. Der vollständige Fragebogen kann dort nicht veröffentlicht werden, da die Ermächtigung von der Testautorin noch nicht vorliegt. Von Holroyd (1974) liegen einige Untersuchungen an Familien mit behinderten Kindern mit dem Fragebogen vor. Diese zeigen, daß der Fragebogen die besonderen Probleme von Familien mit behinderten Mitgliedern objektiv beschreibt und differenziert zwischen Müttern, deren Kinder unterschiedliche Probleme aufweisen. Ausgehend von der Diskussion Dieterichs (1975) über situations- und rollenspezifisches Verhalten ist es verständlich, daß zu diesem Fragebogen keine Zuverlässigkeiten angegeben werden, da dieser Fragebogen gerade situationsspezifisches und damit variables Verhalten erfassen soll. Zusammenfassend die Beurteilung des Fragebogens nach Holroyd: "The Questionnaire on Resources and Stress, or QRS, is a 285 true-false item questionnaire designed to measure 15 different factors pertiment to families caring for chronically ill or handicapped family members" (1973, S. 1).

5.1.3 Fragebogen für Verhaltensstörungen

Nach der diskutierten Literatur ist davon auszugehen, daß chronisch kranke Kinder in ihren Familien eine zentrale Position einnehmen. Das Verhalten dieser Kinder in ihren Familien eine zentrale Position einnehmen. Das Verhalten dieser Kinder gewinnt damit eine besondere Gewichtung in den Familien, da dieses Stimulus für Familienprozesse sein kann und somit auslösender Reiz für Familienkonstellationen. Zur Erfassung des von den Familienmitgliedern erlebten Verhaltens der Kinder bot

sich der Fragebogen für Verhaltensstörungen von Schmidtchen u.a. (1974) an. Dieses ist ein 25-Item-Ja-Nein-Fragebogen, welcher Störungen aus folgenden Bereichen erfaßt: psychosomatischer Bereich, Motorik und Sprache, affektiver-Bereich, sozialer Bereich und Schulleistungen. Die Definition der 25 Verhaltensauffälligkeiten erfolgt durch operationale Beschreibungen, z.B.:
"Fast jeden Tag klagt mein Kind über Kopfschmerzen; mein Kind weiß oft nicht, womit es sich beschäftigen soll. Es sitzt einfach so herum, döst vor sich hin und wartet, daß man ihm einen Anstoß gibt. Mein Kind hat abgekaute Nägel".
Der Fragebogen befindet sich ebenfalls im Anhang (vgl. Anhang IV). Schmidtchen u.a. (1974) geben eine Interrater-Übereinstimmung von 60-80% an. Diese erzielten Übereinstimmungswerte sollen denen von anderen Symptomfragebögen entsprechen.

5.1.4 Mütterfragebogen

Der Mütterfragebogen von Innerhofer und Warncke (1978) ist ein Fragebogen zur Erfassung der Variablen des sozialen Kontextes (vgl. Anhang V).Dieser Fragebogen wurde von Innerhofer und Warncke entwickelt und seine statistischen Eigenschaften durch eine Itemanalyse beschrieben. Der Fragebogen ist auf die Stichprobe von Müttern geistig behinderter Kinder zugeschnitten. Der Fragebogen enthält Items der Mutter zu Fragen ihres Erziehungsstils und ihrer Beziehung zu Kind und Therapeut sowie zu Nachbarschaft und Familie. Diese Items nennen die Autoren "Variablen des sozialen Kontextes". Ausgangspunkt ist die Vorstellung, daß eine Reihe von Beziehungen der Mutter zum Kind, zur Familie, zur Nachbarschaft und zu den Therapeuten die Kooperationsmöglich-

keiten der Mutter beeinflussen und daß "unter dieser Voraussetzung die Beziehungs-Items als relevante Indikatoren für Kooperativität bzw. "Kooperativitätskontext" angesehen und somit auch diagnostisch genutzt werden können. Unter "Kooperationskontext" verstehen wir die Summe der Bedingungen, Auslöser, diskriminativen Reize, Verstärker der sozialen Umwelt und der sozialen Interaktionen der Mutter, die Kooperativität wahrscheinlich bzw. unwahrscheinlich machen" (1978, S. 78). Aus der Analyse des Problemfeldes formulierten die Autoren Hypothesen über mögliche Bedingungen für Vorliegen oder Fehlen von Kooperation, die in den sozialen Beziehungen der Mütter geistig behinderter Kinder liegen. Diese Hypothesen waren: Zuverlässigkeit der Mutter; Bedeutung, die die Mutter dem Lernen in der Genese von Kindverhalten zumißt; Bedeutung, die die Mutter einer Mitarbeit der Eltern bei der Therapie des Kindes beimißt; Auffassung über Erziehungsliteratur; Leistungsanspruch der Mutter an das Kind; Beanspruchung der Mutter durch das Kind; Beschützendes Verhalten gegenüber dem Kind; Kind als sozialer Verstärker der Mutter; Interaktion der Mutter mit der Familie; Interaktion der Mutter mit der sozialen Umwelt außerhalb der Familie bzw. das Verhalten der Nachbarschaft zum Kind. Innerhofer und Warncke betrachten es als gerechtfertigt, die trennscharfen Items des Fragebogens als Indikatoren von Kooperativität zu betrachten, jener Kooperativität, welche durch die Antworten der Mütter in dem Mütterfragebogen repräsentiert wird und die sich im Fragebogen implizit ausdrückt. Die Aussagen des Fragebogens sollen das Wissen über die Kooperativitätsbedingungen der Mutter erweitern, welche durch die Summe der Bedingungen, Auslöser, diskriminativen Reize, Verstärker der sozialen Umwelt und der sozialen Interaktionen der Mutter eingeschränkt werden kann.

Von der Fragestellung her versprach dieser Fragebogen wesentlich zur Information über die Mütter chronisch kranker Kinder beizutragen, so daß auf diesen Fragebogen zurückgegriffen wurde, obgleich er für die Gruppe der Mütter geistig behinderter Kinder konstruiert wurde. Er erschien als Forschungsinstrument geeignet, da Mütter geistig behinderter Kinder und Mütter chronisch kranker Kinder gleichermaßen mit Problemen des sozialen Umfeldes zu rechnen haben. Insofern versprach der Mütterfragebogen eine hohe Information zu den Variablen des sozialen Kontextes.

5.1.5. Soziographischer Fragebogen

Der soziographische Fragebogen (SF) ist ein Fragebogen von Innerhofer (1977) zum Aufschluß der sozio-ökonomischen Verhältnisse der Familie (vgl. Anhang VI). "Diese Information spielt eine Rolle, wenn es darum geht, die Möglichkeiten der Familie bezüglich situativer Veränderungen oder Veränderungen, die Geld kosten, zu schätzen" (1977, S. 103). Im SF sind die wesentlichen Variablen zusammengefaßt, welche als Fakten relativ objektiv feststellbar sind und von den Eltern erfragt werden können, da es relativ starre Situationsvariablen sind. Der Fragebogen "umfaßt sozio-ökonomische Bedingungen der Familie (Wohnverhältnisse, Berufsvariablen, Wohlstandsverhältnisse), äußere Gegebenheiten (Entfernung der Therapiestelle von der Wohnung, Verkehrsbedingungen), Persönlichkeitsvariablen (Alter der Eltern, Alter des behinderten Kindes, Gesundheitszustand, Art der Behinderung) sowie Daten zu den Familienverhältnissen (Familienstand der Mutter, Fürsorge für das Kind, Kinderzahl, Stellung des behinderten Kindes unter den Geschwistern)" Innerhofer, 1971, S. 91).

Diesem soziographischen Fragebogen wurde der Vorzug vor dem ebenfalls sehr umfangreichen und für die vorliegende Untersuchung aussagekräftigen soziographischen Fragebogen von Holroyd (1973) gegeben, da der Fragebogen von Holroyd einige spezifische amerikanische Probleme (z.B. Hautfarbe, Religion, Nationalität u.ä.) erfaßt und somit eine Adaption auf deutsche Verhältnisse erfordert hätte. Der soziographische Fragebogen soll das soziale Umfeld der Kinder beschreiben.

Wenn für die vorliegende Untersuchung Fragebogenverfahren zur Operationalisierung und Erfassen von Verhaltensauffälligkeit der Familien und der betroffenen Kinder verwendet werden, so basiert die Operationalisierung hier auf dem Urteil dessen, der die Fragebögen ausfüllt.
Die Diskussion von Tornow (1977) zur Beurteilung von Verhaltensauffälligkeit von Schülern durch Lehrer zeigt dieses Problem auf und ermöglicht gleichzeitig den Transfer auf die vorliegende Untersuchung: "Verhaltensauffällige Schüler weichen von Normen und Erwartungen anderer Personen ab, in der Schule in erster Linie von den Erwartungen des Lehrers und der Schule als Institution. Abweichung ist immer ein interaktionales und damit relatives Phänomen. Letztlich definiert der Lehrer, welcher Schüler in welchem Maß in seinem Verhalten auffällt. Es ist daher nicht auf einen Mangel an objektiven Testverfahren zurückzuführen, wenn die gewählte Operationalisierung auf dem Lehrerurteil basiert, sondern darauf, daß Verhaltensauffälligkeit das Ergebnis einer sozial-evaluativen Bewertung (Keupp, 1972) durch den Lehrer ist und als solche Konsequenzen hat" (1977, S. 75)
Die Beurteilung des Verhaltens chronisch kranker Kinder oder der Familieninteraktion durch ein Familienmitglied schafft ebensolche Konsequenzen.

5.2. Untersuchungsstichprobe

Die Untersuchungsgruppe umfaßt ein N=45 Kinder mit einer chronischen Krankheit.
Diese Kinder entstammen der onkologischen (N=22) und der diabetischen Sprechstunde (N=23) des Pädiatrischen Zentrums der Medizinischen Hochschule Lübeck. Die Untersuchungsgruppe wurde auf Krankheiten dieser beiden Spezialsprechstunden begrenzt, um eine zu große Heterogenität der Untersuchungsstichprobe hinsichtlich des Krankheitsbildes zu vermeiden.
Es handelt sich um eine Auswahl aus einer anfallenden Stichprobe. Die Eltern der in der diabetischen bzw. onkologischen Sprechstunde betreuten Kinder wurden um Mitarbeit an der Untersuchung gebeten. Von den Eltern der diabetischen Kinder (N=34) erklärten sich N=27 zu einer Mitarbeit bereit. Bei einer Familie wurde auf die Mitarbeit verzichtet, da die Mutter durch die Neuerkrankung des diabetischen Kindes so stark psychisch beansprucht wurde, daß eine psychiatrische Behandlung über mehrere Wochen erforderlich war. Sicherlich kann dieser Fall bereits als ein erstes Ergebnis der Untersuchung betrachtet werden, weitere detaillierte Informationen liegen jedoch nicht vor, so daß eine Aufnahme dieser singulären Erscheinung in die Untersuchungsstichprobe nicht vertretbar ist. Die Ergebnisse von 23 Familien sind verwertbar. Von den Eltern der in der onkologischen Sprechstunde betreuten Kinder (N=41) erklärten sich N=27 zu einer Teilnahme an der Untersuchung bereit. Die Eltern von 11 Kindern verweigerten die Teilnahme, ein Kind verstarb während des Untersuchungszeitraumes, eines wurde zum Zeitpunkt der geplanten Untersuchung mit einem Rezidiv klinisch behandelt, so daß auf die zusätzliche Belastung der Familie durch die

Untersuchung verzichtet wurde, desgleichen bei einem Kind, dessen Vater ebenfalls kurz vor der geplanten Untersuchung verstarb.
Zwei der untersuchten onkologischen Kinder verstarben wenige Wochen nach der Untersuchung.

Tabelle 1: Auswahl der Untersuchungsgruppe

	onkol. Familien	diab. Familien
angesprochen	N = 41	N = 34
untersucht	N = 27	N = 27
Ablehnungs-gründe	Tod des Kindes (1) Tod des Vaters (1) akutes Rezidiv (1) Verweigerung (11)	Psychische Krankheit der Mutter (N = 1) Verweigerung (N=6)
vollständig verwertbare Ergebnisse	N = 22	N = 23

Die Diagnosen der Kinder lauten:
Diabetes mellitus (N = 23);
Lymphoblastisches Lymphom (N = 2);
Neuroblastom (N = 2);
Wilmstumor (N = 2);
Myeloische Leukämie (N = 2);
Lymphosarcom (N = 1);
Akute lymphatische Leukämie (N =11);
Medulloblastom (N = 1);
Myosarcom (N = 1);

5.3. Äußerer Untersuchungsablauf

Die Eltern der Kinder wurden zwischen Juni und Dezember 1980 von den behandelnden Ärzten der Spezialsprechstunden des Pädiatrischen Zentrums der Medizinischen Hochschule über die geplante Untersuchung informiert und um ihre Mitarbeit an der Untersuchung gebeten. Erklärten sich die Eltern zu einer solchen bereit, nahm der Verfasser in einer der nächsten Sprechstunden Kontakt zu den Eltern auf. In diesem Erstgespräch wurden die Eltern über Fragestellung, Zielsetzung und Umfang der Untersuchungen unterrichtet. Gleichzeitig wurde ein Termin zu einem Gespräch mit den Familien vereinbart, wobei der Wunsch geäußert wurde, daß beide Elternteile an dem Gespräch teilnahmen. Die Gespräche sollten ohne Zeitdruck geführt werden, so daß in der Regel der Termin für den späten Nachmittag oder Abend vereinbart wurde, bei Vätern mit Schichtarbeit auch am Morgen. Die Gespräche wurden ausschließlich im Hause der Eltern geführt. Die themenzentrierte Exploration der Eltern stand grundsätzlich am Anfang der Untersuchung, wobei die Reihenfolge der Gesprächsinhalte in einem möglichst freien Gespräch von den Eltern bestimmt wurde. Erst wenn für die Eltern die Thematik erschöpft schien und noch nicht alle in dem halbstandardisierten Interview vorgesehenen Inhalte angesprochen waren, wurden diese vom Interviewer (in allen Fällen der Verfasser) angesprochen. Diese Gespräche dauerten mehrere Stunden, im Durchschnitt zwischen 4 und 5 Stunden, das längste Gespräch dauerte 8 Stunden. In vielen Fällen wurden weitere ergänzende Gespräche und Telefonate geführt. Weitere Fragen konnten mit den Eltern in den Spezialsprechstunden zusätzlich geklärt werden. Zusätzliche Information ergab sich aus den Akten. Ursprünglich war geplant, die Interviews

auf Tonträger aufzuzeichnen. Diese Situation wurde von den Eltern jedoch als zu künstlich und kontrollierend erlebt, so daß mit einer Einschränkung der Äußerungsbereitschaft gerechnet werden mußte. Außerdem wäre ein umfangreiches Datenmaterial entstanden, welches über Inhaltsanalysen von mehreren Beurteilern wohl theoretisch aber praktisch aus rein zeitlichen Gründen kaum umfassend, zuverlässig und gültig hätte bearbeitet werden können. Damit wäre dem Kriterium der intersubjektiven Kontrolle sehr hoch entsprochen, es stellt sich aber die Frage, ob mehrere Beurteiler über mehrere Wochen hinweg Tonbandprotokolle von mehreren hundert Stunden zuverlässig und objektiv inhaltsanalytisch zu bearbeiten in der Lage sind, und ob dieser methodische Aufwand zu wesentlich höheren Erkenntnissen führt. Es wurden deshalb die wesentlichen Aussagen der Eltern zu dem halbstandardisierten Interview nach dem Fragebogen mitgeschrieben, desgleichen die Aussagen der Familien zur Familieninteraktion, soweit sie für die Fragestellung Relevanz besaß. Im Hinblick auf die Objektivität der Daten entstehen durch dieses Vorgehen sicherlich methodisch einige Bedenken, es galt aber auch zu berücksichtigen, daß die Eltern in einem sehr engen Beziehungsverhältnis zur Klinik und den behandelnden Ärzten stehen, und jede andere, künstlichere Gesprächsform, z.B. mit mehreren Untersuchern als 'reziprokes Gespräch' (Hümme, 1979), eine ungewohnte und unübliche Gesprächsform für die Eltern darstellt, welche Belastung bedeuten und die Beziehung gefährden kann. Dieses Risiko sollte nicht eingegangen werden, da die Beziehung zur behandelnden Klinik nicht gefährdet werden durfte. Von den Eltern, welche die Zusage zur Teilnahme an der Untersuchung in dem Erstgespräch gaben, nahmen alle an den weiteren Untersuchungen teil. Es darf hierbei nicht übersehen werden, daß die Eltern sich auch zur Teilnahme an der Untersuchung indirekt genötigt sehen konnten, befinden sie sich doch

in einem Abhängigkeitsverhältnis zu der die Untersuchung durchführenden Klinik, so daß auch die Befürchtung vor Repression durch die Klinik Motiv zur Teilnahme an der Untersuchung sein konnte. Andererseits fühlte sich ein großer Teil der angesprochenen Eltern mit der Untersuchung und der Möglichkeit, die eigene Situation im Zusammenhang mit der Krankheit darstellen zu können, von der Klinik sehr akzeptiert und in dem eigenen Erleben geschätzt. Dies gilt besonders für die Mütter, während mehrere Väter der Untersuchung sehr skeptisch gegenüberstanden und auch die Mitarbeit verweigerten. In 5 Fällen lehnten die Väter die Teilnahme ab. Zeitliche Gründe dürften zur Erklärung nicht herangezogen werden, da den Vätern die Wahl des Zeitpunktes der Untersuchung überlassen war. In diesen Fällen beziehen sich die Ergebnisse ausschließlich auf die Angaben der Mütter.
Unter Berücksichtigung eines rollentheoretischen Ansatzes in der Sozialpsychologie (Sader, 1969) war diese stärkere Beteiligung der Mutter an dem Krankheitsprozeß zu erwarten; aus der Literatur zur chronischen Krankheit im Kindesalter ist dieses Phänomen bekannt und beschrieben als "abdicated father", wobei offen ist, ob die Väter sich selbst enterben oder enterbt werden oder welche Interaktionen bestehen. Dieses erwartete und eingetretene Phänomen war Ausgangspunkt für die Überlegung, daß in unserem Kulturkreis die Mutter mehr Beziehung zu einem kranken Kind herstellt und damit entscheidende Bezugsperson des kranken Kindes und Mittler zwischen Kind und Familie ist. Wenn diese Rolle von der Mutter bedeutsam belastend erlebt wird, so dürfte dieses mehr Einfluß haben auf die Dynamik des Familienprozesses als eine von den Vätern erlebte Belastung. Diese Überlegung führte dazu, die Fragebögen der Untersuchung durch die Mütter ausfüllen zu lassen, da mit hoher Wahrscheinlichkeit Mütter die Details der Krankheit und damit verbundene Belastung näher er-

leben als die Väter. Die Fragebögen (QRS, MF, Verhaltensstörungen) wurden deshalb mit diesem Hinweis den Müttern mit der Bitte um Beantwortung im Hause gegeben. Wünschenswert ist sicherlich die getrennte Beantwortung der Fragebögen durch Mütter und Väter, um die eventuell unterschiedlich erlebte Belastung belegen zu können. Dabei taucht dann die Frage der Zumutbarkeit auf, da das Ausfüllen der Fragebögen durchschnittlich etwa drei Stunden dauerte, zudem wissenschaftlich nicht vorgebildete Eltern wohl kaum Verständnis für derartige quasi-experimentelle Versuche hätten und die Wahrscheinlichkeit der Verweigerung bedeutsam gestiegen wäre durch die letztlich doppelte Belastung der Eltern. Mit Sicherheit ist nicht auszuschliessen, daß nicht auch einmal ein Vater die Fragebögen ausgefüllt hat, auch wenn in allen Fällen die Mütter als Beantworter genannt wurden. Andererseits gibt es auch keinen Grund, permanent die Wahrhaftigkeit von Eltern als Versuchspersonen in Frage zu stellen. Wenn aber in dem einen oder anderen Fall dennoch ein Vater geantwortet hat, so stellen auch seine Antworten die erlebte Belastung der Familie dar und geben Auskunft über das Geschehen in der Familie. Aus den Rückfragen der Mütter über die Fragebögen bzw. aus den Antworten, die Mütter auf Fragen des Untersuchers bei einigen Unklarheiten der ausgefüllten Fragebögen gaben, kann jedoch geschlossen werden, daß die Fragebögen von den Müttern ausgefüllt wurden; sie waren durchweg über die detaillierten Inhalte informiert und blieben keine Antwort schuldig.

Ausgeschlossen werden kann auch nicht das gemeinsame Ausfüllen der Fragebögen durch beide Ehepartner. Wenn die Partner diese Form der Problembewältigung gewählt haben, so spiegelt sie auch die von beiden akzeptierte Form der Problembewältigung wieder. Die Antworten dürften dann das Ergebnis eines Entscheidungsprozesses sein und

die Realitäten in der Familie beschreiben, auch wenn in der einen oder anderen Frage vielleicht weniger offen kommuniziert und mehr geleugnet wird als bei alleiniger Entscheidung. Es sei hier nicht unterstellt, daß in allen Fällen die männlichen Partner autokratisch entschieden haben!

Der Ausweg aus diesem Dilemma ist durch das Ausfüllen der Fragebögen durch die Mütter in der Laborsituation vorgezeichnet, um alle Störvariablen auszuschalten. Wie sollte aber den durch die Krankheit ohnehin zeitlich sehr belasteten Müttern erklärt werden, daß sie mehrere Stunden in einem Labor mit dem Ausfüllen der Fragebögen zubringen müssen, ohne damit auch gleichzeitig ihre Wahrhaftigkeit anzuzweifeln und die Beziehung zur Klinik zu gefährden? Dabei war nicht abzuschätzen, wieviel Zeit die einzelne Mutter für das Ausfüllen benötigte, Zeit die sie im Hause fraktioniert zur Verfügung stellen kann, aber aus naheliegenden Gründen selten in einem oder mehreren Zeitblocks in der Laborsituation. Die methodisch sichere Form der Datenerhebung hätte in diesem Fall Beziehungsprobleme schaffen oder Verweigerung bedingen können; beides sollte und mußte verhindert werden. Trotz der beschriebenen methodischen Einschränkung sollte belegt sein, daß es gerechtfertigt ist davon auszugehen, daß die Beurteilung der Familiensituation auf dem Urteil der Mütter begründet ist. Für die vorliegende Untersuchung bedeutet dieses, daß die psychodynamischen Auswirkungen chronischer Krankheit im Kindesalter überwiegend nach dem Urteil der Mütter beschrieben und beurteilt werden. Dieses ist gerechtfertigt, da die Auswirkungen das Ergebnis einer sozial-evaluativen Bewertung (Keupp, 1972) durch die Mutter sind und als solche Konsequenzen für das betroffene chronisch kranke Kind und die Familie haben.

6. Darstellung der einzelnen Untersuchungen mit Interpretation der Ergebnisse

6.1. Soziographische Darstellung der Familien

Im Folgenden seien die soziographischen Daten der untersuchten Stichprobe (der untersuchten Teilstichproben) dargestellt. Es sei darauf hingewiesen, daß diese Darstellung sich nur auf die Probanden erstreckt, von denen alle Unterlagen vollständig zur Verfügung stehen (N=45). Diese 45 Familien leben ausnahmslos im Einzugsbereich des Pädiatrischen Zentrums der Medizinischen Hochschule Lübeck. Die erkrankten Kinder werden in den Spezialsprechstunden des Zentrums regelmäßig betreut. N=24 Familien wohnen außerhalb Lübecks in den Kreisen Ostholstein, Stormarn, Lauenburg. Es liegen keine Angaben über die in diesem Gebiet insgesamt erkrankten und in anderen Institutionen betreuten diabetischen und onkologischen Kinder vor.

6.1.1. Soziographische Daten der erkrankten Kinder

Die Gesamtergebnisse des Soziographischen Fragebogens sind der Tabelle I im Anhang zu entnehmen.
In der Tabelle 2 sind Anzahl und Geschlechterverteilung der Stichprobe dargestellt.

Tabelle 2: Geschlechterverteilung

	weibl.	männl.	total
diab.	N=12	N=11	N=23
onkol.	N=10	N=12	N=22
Gesamt	N=22	N=23	N=45

Hinsichtlich der Geschlechterverteilung besteht zwischen der diabetischen und onkologischen Gruppe kein auffallender Unterschied. In der Gesamtgruppe sind Jungen und Mädchen gleichverteilt.

Das in der Tabelle 3 dargestellte Durchschnittsalter der Teilgruppen und der Gesamtgruppe zeigt jeweils ein durchschnittlich etwas höheres Alter der Mädchen. Mit einem $X^2(Chi)^2=1.07$ bei df=1 unterscheiden sich die Zahlenwerte zwischen Jungen und Mädchen nicht bedeutsam voneinander. Die Zentralwertdifferenz zwischen den Jungen und Mädchen ist statistisch nicht signifikant. Dagegen ist der ebenfalls in Tabelle 3 dargestellte Altersunterschied zwischen diabetischen und onkologischen Kindern statistisch bedeutsam. Die diabetischen Kinder sind im Durchschnitt statistisch bedeutsam älter ($\lambda^2=38,13$, df=1; $p<1$ %).

Tabelle 3: Altersmittelwerte der Gruppen (Alter in Jahren)

		weibl.	männl.	total
diab.	$\bar{X}$:	14.08	13.29	13.7
	s :	3.70	2.85	3.27
	s^2:	13.69	8.16	10.72
onkol.	$\bar{X}$:	10.87	9.25	11.88
	s :	5.43	5.73	4.84
	s^2:	29.50	32.83	23.46
Gesamt	$\bar{X}$:	12.62	11.18	11.88
	s :	4.74	4.93	4.84
	s^2:	22.49	24.39	23.46

Die in Tabelle 4 dargestellte Altersschichtung gibt Auskunft über die Altersstruktur der Gruppen. Das genaue Alter der Kinder ist den Tabellen I und II im Anhang zu entnehmen. Die Altersschichtung zeigt die deutliche größere Altersstreuung der onkologischen Kinder und deren stärkere Besetzung der jüngeren Jahrgänge.

Tabelle 4: Altersschichtung der Gruppen

Jahre	diab.	onkol.	Ges.
2		3	3
3		1	1
4		2	2
5	1		1
6		1	1
7		2	2
8		1	1
9	1	1	2
10	3	2	5
11	3	1	4
12	1	1	2
13	1		1
14	3	2	5
15	3	1	4
16	3	1	4
17	4	1	5
18		1	1
19		1	1
Gesamt	23	22	45

Die Verteilung der Kinder und Jugendlichen auf die verschiedenen Schultypen (Tabelle 5) zeigt keine besonderen Auffälligkeiten des Schulbesuchs. Alle Kinder besuchen

eine allgemeinbildende Schule oder haben eine besucht, ein Kind bekommt Hausunterricht. Unter besonderer Berücksichtigung der nicht schulpflichtigen Kinder und der Kinder, die noch die Grundschule besuchen, kann nicht davon ausgegangen werden, daß die Kinder vom Besuch weiterführender Schulen ausgeschlossen sind. Es besteht keine auffallende Diskrepanz zwischem dem Lebensalter und der besuchten Klassenstufe. 6 Kinder (4 Diabetiker, 2 onkologische Kinder), wiederholten eine Klasse. Ein Mädchen mit einer Leukämie ist schulpflichtig, kann aber wegen der schlechten körperlichen Verfassung nicht am Unterricht teilnehmen; Hausunterricht durchzuführen sieht sich das zuständige Kreisschulamt nicht in der Lage. 6 Jugendliche (4 Diabetiker, 2 onkologische Kinder) sind bereits in der Lehre. Eine jugendliche Diabetikerin ist mehrfach behindert und besucht wegen einer geistigen Behinderung die Sonderschule für lernbehinderte Kinder mit schlechtem Schulerfolg.

Tabelle 5: Schulbesuch der Kinder

	diab.	onkol.	Ges.
Nichtschulpflichtig	1	9	10
ohne Schulbesuch (aber schulpflichtig)	0	1	1
Sonderschule	1	0	1
Volksschule	12	6	18
Realschule	6	3	9
Gymnasium	3	2	5
Hausunterricht	0	1	1
	N=23	N=22	N=45

Diese relativ unauffällige Schulbesuchssituation der Kinder ist insoweit bemerkenswert, als die Krankheit

eine erhebliche Einschränkung der verhaltensbeliebigen Freizeit der Kinder bedingt. Die Kinder haben einerseits durch die Klinikaufenthalte bedingte schulische Fehlzeiten, zum anderen nehmen die regelmäßigen Kontrollen in der Klinik einen nicht unerheblichen Teil ihrer Freizeit und schulischen Vorbereitungszeiten in Anspruch. Über die in der Klinik verbrachte Zeit und die durch die Kontrollen beanspruchte Zeit während der gesamten Krankheitsdauer geben die Tabellen 6 - 8 Auskunft. In diesen Tabellen sind nicht die schulischen Ausfallzeiten berücksichtigt, die krankheitsbedingt sind, objektiv jedoch nicht mehr erfaßt werden können, z.B. bei einer allgemeinen Beeinträchtigung des Wohlbefindens ohne Klinikaufenthalt. Ebenfalls nicht berücksichtigt sind die durch kurzzeitige Klinikaufenthalte bedingten Ausfallzeiten, z.B. durch Punktionen der Kinder u.ä.. Diese Zeiten sind nur sehr unzureichend zu erfassen, da einige Kinder nach Punktionen in der Klinik bleiben, andere Kinder im Hause versorgt werden. Die derartigen kurzzeitigen Ereignissen folgenden schulischen Fehlzeiten sind somit objektiv nicht zu erfassen. Grundsätzlich ist davon auszugehen, daß die Fehlzeiten besonders bei den onkologischen Kindern deutlich über die in den Tabellen 5 - 8 dargestellten Zeiten hinausgehen. Bei der Darstellung der Beziehung zwischen schulischer Situation und Krankheit ist auch zu berücksichtigen, daß das für den Schulerfolg relevante Merkmal Selbstwertgefühl nicht untersucht wurde. Die mit der Krankheit einhergehenden Belastungen (Diät, Injektionen usw. bei Diabetikern, Punktionen, Haarausfall, regelmäßige Blutkontrollen, Operationen usw. bei onkologischen Kindern) können zu einer Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls und Selbstkonzeptes der Kinder führen und die schulische Leistungsfähigkeit mindern. Zu diesem Problem macht diese Untersuchung jedoch keine Aussage.

Tabelle 6: Krankheitsdauer der Kinder (in Jahren)

	diab.	onkol.	Gesamt
$\bar{X}$	6,73(X:1-13)	3,86(X:1-10)	5,37
s	3,50	2,98	3,53
s^2	12,29	8,88	12,46

Bezüglich der Krankheitsdauer besteht kein Unterschied zwischen den Zentralwerten beider Gruppen (λ^2=0,007, df=1; $p > 5\%$).

Tabelle 7: Klinikaufenthalte der Kinder (in Wochen)

	diab.	onkol.	Gesamt
$\bar{X}$	8,30(X:2-25)	13,13(X:8-25)	10,66
s	6,26	5,25	6,23
s^2	39,31	27,64	38,81

Mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit $p < 5\%$ (λ^2=5,02 bei df=1) unterscheiden sich die Zentralwerte der beiden Gruppen, d.h. die onkologischen Kinder haben im Durchschnitt mehr Zeit in der Klinik verbringen müssen als die diabetischen Kinder.

Tabelle 8: Häufigkeit der Klinikkontrollen

	diab.	onkol.	Gesamt
1980			
mehrfach wöchentlich		3	3
wöchentlich	3	9	12
14-tägig	2	3	5
monatlich	14	4	18
monatlich	4	3	7
Jahre vor 1980			
mehrf. wöchentlich		5	5
wöchentlich	1	12	13
14-tägig	3	2	5
monatlich	18	1	19
monatlich	1	2	3

Die Tabellen 7 und 8 zeigen die durchschnittlich höheren zeitlichen Belastungen der onkologischen Kinder und Familien durch Klinikaufenthalt und regelmäßig wiederkehrende Kontrolluntersuchungen. Besondere Bedeutung kommt diesen Tabellen unter Berücksichtigung der Distanz zwischen Wohnort und Klinik zu bei 24 Familien, die in den Landkreisen wohnen. Die zeitliche Belastung wird dadurch extrem hoch. Über die Anzahl der Geschwister der erkrankten Kinder und die Stellung innerhalb der Geschwisterreihe geben die Tabellen 9 und 10 Auskunft. Das Durchschnittsalter der Geschwister der diabetischen Kinder beträgt $\bar{X}$=14,7 Jahre und das der Geschwister der onkologischen Kinder $\bar{X}$=15,10 Jahre.

Tabelle 9: Anzahl der Geschwister

	diab.	onkol.	Gesamt
ohne	2	4	6
eins	12	9	21
zwei	5	3	8
drei	2	3	5
vier oder mehr	2	3	5

Tabelle 10: Stellung in der Geschwisterreihe

	diab.	onkol.	Gesamt
Ältestes	14	8	22
Mittleres	4	5	9
Jüngstes	5	9	14

Weitere soziographische Daten der Kinder sollen nicht dargestellt werden, da sie zur Beschreibung der untersuchten Gruppen im Hinblick auf die Fragestellung keine bedeutsamen Informationen liefern. Weitere Informationen ergeben sich aus der folgenden Darstellung der soziographischen Daten der Eltern.

6.1.2. Soziographische Daten der Eltern

Im Folgenden seien die soziographischen Daten der Eltern dargestellt. Alter der Eltern, Schulbildung, sozioökonomischer Status, gegenwertige wirtschaftliche Lage, Familienstand usw. sind Merkmale, welche die Bedingungen für Beziehungen in Gruppen mitbeschreiben können.
Von den 45 Kindern sind 3 Elternpaare nach der Erkrankung des Kindes geschieden worden, die Kinder leben je-

weils bei der Mutter. Ein Kind ist nichtehelich geboren, die Mutter lebt aber zur Zeit mit einem anderen Partner in einem eheähnlichen Verhältnis, ein Kind ist Halbwaise, der Vater verstarb 1975. Von den 45 Familien sind somit 40 soziographisch unauffällig. Ein Kind lebt seit der Geburt bei Pflegeeltern, da die Mutter bei der Geburt verstarb und der leibliche Vater keinen Kontakt zu seinem Kind hat. Die Pflegeeltern seien in dieser Untersuchung behandelt wie die natürlichen Eltern. Das durchschnittliche Alter der Eltern ist in Tabelle 11 dargestellt.

Tabelle 11: Alter der Eltern

	diab.		onkol.	
	Mütter	Väter	Mütter	Väter
$\bar{X}$	40,7	42,0	36,2	40,47
	(X:30-52)	(X:33-54)	(X:25-52)	(X:31-54)
s	4,85	4,54	7,86	7,51
s^2	23,58	20,70	61,80	56,48

Die Mütter diabetischer Kinder sind im Vergleich zu den Müttern onkologischer Kinder statistisch bedeutsam älter (χ^2 =4,61, df=1; $p < 5$ % und $p > 1$ %). Die Zentralwerte der Väter unterscheiden sich statistisch nicht bedeutsam voneinander (χ^2=0,541, df=1, $p > 5$ %), desgleichen unterscheiden sich die Mütter und Väter beider Gruppen in den Zentralwerten nicht bedeutsam voneinander (χ^2-2,34, df=1; $p > 5$ %).

Der sozioökonomische Status der Eltern sei hier durch zwei Merkmale beschrieben: Schulbildung der Eltern und derzeit ausgeübter Beruf (Tabelle 12 und 13). Nach diesen beiden Merkmalen können die beiden Gruppen der gleichen Grundgesamtheit zugeordnet werden; die Gruppen sind

in ihrem sozioökonomischen Status offensichtlich vergleichbar.

Tabelle 12: Schulbildung der Eltern

	diab.		onkol.		Gesamt	
	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.
Sondersch.	0	0	1	0	1	0
Volkssch.	16	14	15	13	31	27
Mittlere Reife	5	3	5	3	10	6
Abitur	2	4	1	3	3	7

Tabelle 13: Ausgeübter Beruf der Eltern

	diab.		onkol.		Gesamt	
	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.
ungelernter Arbeiter	1	2	0	2	1	4
Facharbeiter	1	7	0	11	1	18
Handwerker (selbst.)	1	2	0	2	1	4
Angest. od. Beamter						
einfach	1	3	1	1	2	4
mittl.	0	4	0	0	0	4
höher.	1	1	1	3	2	4
freiberufl.	1	2	0	0	1	2
noch in Ausbildung	1	0	1	0	2	0
Hausfrau	16	0	19	0	35	0

Während die berufliche Tätigkeit der Eltern die soziale Situation der Familien auf einer formalen Ebene beschreibt, gibt die Einschätzung der wirtschaftlichen Lage durch die Mutter Auskunft über die subjektiv erlebte wirtschaftliche

Lebensqualität der Familien. Dieses trifft auch für die Wohn- und Mietverhältnisse der Familien zu; die Ergebnisse sind den Tabellen 14 - 16 zu entnehmen. Hinsichtlich der von der Mutter eingeschätzten und subjektiv erlebten wirtschaftlichen Lage und Wohnsituation unterscheiden sich die beiden Gruppen ebenfalls nicht auffallend voneinander, desgleichen im Mietverhältnis. Die soziale Situation beider Gruppen ist vergleichbar. Die beiden ihre wirtschaftliche Situation als "schlecht" bezeichnenden Mütter leben auch objektiv in einer schwierigen Situation; die Familienverhältnisse müssen als gestört bezeichnet werden. Beide Frauen wurden nach der Erkrankung des Kindes von den Ehepartnern und Vätern der Kinder geschieden und leben zur Zeit von den Zuwendungen der Sozialhilfe. Zumindest bei der einen Mutter eines onkologischen Kindes ist eine berufliche Tätigkeit zur Zeit nicht möglich, da das Kind in einem sehr schlechten gesundheitlichen Zustand ist, welcher als präfinal zu bezeichnen ist. Dazu kommt die Versorgung eines kleineren Kindes. In dem anderen Fall macht die Frau den geschiedenen Mann für die schlechte wirtschaftliche und familiäre Situation verantwortlich und erwartet eine Verbesserung der Situation durch erhöhte Unterhaltszahlungen des Mannes, die sie permanent über die entsprechenden Rechtswege zu erreichen versucht. Der geschiedene Ehemann hat die Unterhaltszahlungen daraufhin eingestellt, so daß subjektiv nur die Beantragung von Sozialhilfe sich als Ausweg anbot. Objektiv läßt das Alter der drei Kinder dieser Familie eine Berufstätigkeit der Mutter zu; diese wird - offensichtlich aus einer konfliktbedingten Anspruchshaltung heraus - abgelehnt.

Grundsätzlich fühlen sich die anderen Eltern in ihrer wirtschaftlichen Lage durch die Krankheit der Kinder nicht beeinträchtigt. Besonders die Eltern diabetischer Kinder geben Mehrkosten durch die besondere Ernährungsweise ihrer Kinder an, erleben diese aber nicht als be-

sondere Belastung, zumal auch über entsprechende steuerliche Vorteile bei Anerkennung der Krankheit des Kindes durch das Versorgungsamt und Zuweisung eines Behindertenstatus eine gewisse finanzielle Entlastung erfolgt.

Tabelle 14: Wirtschaftliche Lage der Familien
(Einschätzung der Mutter)

	diab.	onkol.	Gesamt
sehr wohlhabend	0	0	0
gut	8	6	14
ausreichend	14	15	29
schlecht	1	1	2

Tabelle 15: Mietverhältnis

	diab.	onkol.	Gesamt
Eigent. d. Hauses	15	12	27
Eigent. d. Wohnung	0	0	0
Hauptmieter	8	10	18

Tabelle 16: Wohnsituation
(Einschätzung der Mutter)

	diab.	onkol.	Gesamt
großzügig	9	4	13
gut	5	10	15
ausreichend	8	8	16
sehr beengt	1	0	1

Nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) erhalten die Kinder auf Antrag der Eltern den Behindertenstatus unterschiedlichen Prozentsatzes. Ein großer Teil der Eltern hat diesen Status des Kindes - aus steuerlichen Gründen - beantragt. Eine Diabetikerin (weiblich, 16,4 Jahre, seit 5 Jahren erkrankt) hat ihren Eltern die Beantragung verboten, obwohl diese Familie die steuerliche Entlastung finanziell sehr nötig hätte. Dieses Mädchen wehrt sich gegen die Zuweisung eines Behindertenstatus, da sie sich subjektiv nicht als krank oder behindert erlebt. Generell erleben sich gerade die diabetischen Kinder nicht als behindert, wenden sich aber auch nicht gegen die Beantragung des Behindertenausweises, da sich aus dieser Beantragung für die Kinder keine Konsequenzen ergeben. Einige Jungen nutzen die Vorteile des Status eines Behinderten nach Angaben der Eltern geradezu routiniert aus, z.B. Busfahrten, Schwimmhalle etc. Weniger gelassen stehen offensichtlich die Eltern der onkologischen Kinder dem Behindertenstatus des eigenen Kindes gegenüber. In dieser Abwehr drückt sich vielleicht eine emotionale Belastung durch die Krankheit aus; diese Krankheit soll nicht auch noch quasi-administrativ dokumentiert werden, da sie als vorübergehend erhofft und erwünscht wird, während bei den Diabetikern das Wissen um die Chronifizierung offensichtlich die Antragstellung erleichtert.

Zusammenfassung

Nach den Ergebnissen des soziographischen Fragebogens ist ein einheitliches, längs soziographischer Merkmale beschreibbares Reaktionsmuster nicht zu diagnostizieren und damit zu prognostizieren. Deswegen ergeben sich keine Hinweise für eine besondere Beeinträchtigung der soziographisch beschreibbaren sozialen Situation der Familien. Dieses gilt sowohl für die diabetische als auch für die onkologische Merkmalsgruppe. In den Merkmalen

Alter der Kinder, Alter der Mütter und Klinikaufenthalt unterscheiden sich die beiden Gruppen voneinander. Hinsichtlich aller anderen soziographischen Merkmale können die beiden Gruppen als nicht bedeutsam unterschiedlich angesehen werden.

6.2. Interview

Das Familienbelastungsinterview gliedert sich in 5 Themenbereiche: Mutterprobleme, Vaterprobleme, Elternbeziehung, Geschwisterproblematik und affektive Belastung mit 4 - 11 inhaltlichen Teilbereichen. Die inhaltlichen Teilbereiche wurden für jede Familie von dem Verfasser nach dem Interview mit "trifft zu" oder "trifft nicht zu" beurteilt. Bei der Auswertung zeigte sich eine hohe Überschneidung zwischen den Inhalten "Gedrückte Vaterrolle" und "enterbter Vater", so daß diese zu einer einheitlichen Beurteilungskategorie "Enterbter Vater" zusammengefaßt wurden.
Die Fragen nach Scheidung, Trennung und Problemen bei neuer Partnersuche wurden bei der Auswertung nicht mehr berücksichtigt, da dieses bereits bei den soziographischen Daten geschah. Die Ergebnisse des Interviews sind der Tabelle II im Anhang zu entnehmen.
Nach dem Interview stellt sich die Situation der Familien wie folgt dar: zwei Väter onkologischer Kinder und ein Vater eines diabetischen Kindes haben sich nach der Erkrankung der Kinder von den Familien durch Scheidung getrennt. In allen drei Fällen stellen die Mütter eine kausale Beziehung zwischen Krankheit des Kindes und der Scheidung her. Als Gründe werden Überforderung der Väter durch die Krankheit des Kindes genannt und Eifersucht auf das kranke Kind mit daraus entstehenden Partnerproblemen. In allen drei Fällen geben die Frauen an, von den Männern geschlagen worden zu sein; die drei Männer sollen im Zusammenhang mit der Krankheit, d.h. nach Krankheitsbeginn,

übermäßig stark Alkohol getrunken haben, da sie im Verständnis der Mutter die Probleme der Krankheit nicht bewältigen konnten (lfd. Nr. 10 u. 21 bei den onkologischen Kindern und 12 bei den diabetischen Kindern). In den bleibenden 42 soziographisch unauffälligen Familien haben zwei Väter nach Angaben der Ehefrauen, in einem Fall von dem Ehemann bestätigt, Alkoholprobleme seit der Erkrankung des Kindes (lfd. Nr. 02 und 11 bei den onkologischen Kindern). In beiden Fällen kann nach dem Interview nicht entschieden werden, ob die Konfrontation mit Krankheit und Tod zu dem Versuch der Problembewältigung durch Alkohol führen oder veränderte Partnerbeziehungen zu Einsamkeitsgefühlen und Verlustängsten, die durch Alkohol vermindert werden sollen.
Drei Mütter haben selber Probleme mit dem Alkohol seit der Erkrankung des Kindes, eine Mutter ist zusätzlich medikamentenabhängig (lfd. Nr. 12 bei den Diabetikern und 15 und 21 bei den onkologischen Kindern). Zwei dieser Frauen sind die von der Scheidung betroffenen, im dritten Fall erlebt sich die Mutter wegen des totalen Rückzuges der Familie als überlastet.

Von den 45 untersuchten Familien haben somit sieben Alkohol- oder Medikamentenprobleme, die mit von der Krankheit ausgelösten Konflikten von den Betroffenen im Zusammenhang gesehen werden.
Die drei geschiedenen Mütter haben jeweils Probleme bei der Partnersuche erlebt, eine Mutter eines onkologischen Kindes ist inzwischen wieder verheiratet. Die Probleme bei der Partnersuche wurden von den Frauen dahingehend gedeutet, daß die neuen Partner sich nicht mit einem kranken Kind belasten wollten. Diese Deutung kann sicherlich der Realität entsprechen; es besteht aber auch die hypothetische Möglichkeit der Rationalisierung innerpsychischer Konflikte, sofern die Annahme stimmt, daß Mütter chronisch kranker Kinder den Bedürfnissen der kranken Kinder alle Bedürfnisse anderer Bezugspersonen

nachordnen. Die dann daraus resultierende asymmetrische Partnerbeziehung kann - hier im Falle der neuen Partner - zum Abbruch der Beziehungen führen. In den drei vorliegenden Fällen kann dieses Problem nicht beurteilt werden; Tatsache ist die von den Müttern der kranken Kinder erlebte Problematik bei der Partnersuche.

Bei der quantitativen Auswertung der Interviews kann ein "Familienbelastungs-Index" von maximal 38 erzielt werden (38 Fragen-Items). Bei einem N=45 wäre die absolute theoretische Belastung maximal 45 x 38 = 1710 Problemantworten. Der erreichte Wert beträgt 329, d.h. die erfragten Auswirkungen wurden 329 mal als für die Familien zutreffend bezeichnet. Der durchschnittliche Familienbelastungsindex ist $\bar{X}$=7,31, d.h. von den 38 möglichen Belastungen entfallen im Durchschnitt der Gesamtgruppe 7,3 Belastungen auf jede Familie ($\bar{X}$=7,31, s=5,86, s^2=34,35).

Die onkologischen Familien sind im Durchschnitt $\bar{X}$=8,50 mal belastet ($\bar{X}$=8,50, s=6,08, s^2=37,02), die Diabetiker im Durchschnitt 6,13 mal ($\bar{X}$=6,13, s=5,52, s^2=30,50). Diese Unterschiede sind mit einem λ^2=0,70 bei df=1 statistisch nicht bedeutsam (p > 5 %); die Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Zentralwerte nicht mehr als durch Zufall zu erwarten ist; die beiden unterschiedlichen Erkrankungsformen führen zu keinen unterschiedlichen Problemhäufigkeiten.
Ein Vergleich der fünf Problemkategorien zeigt, daß sich die beiden Gruppen hinsichtlich der Mutter-, Vater- und Geschwisterprobleme und affektiven Belastung in ihren Zentralwerten nicht bedeutsam voneinander unterscheiden. (X^2=0,53; X^2=1,79; X^2=0,65 und X^2=0,21; jeweils df=1), während in der Kategorie "Elternbeziehung" eine Tendenz zu statistischer Bedeutsamkeit besteht (X^2=2,67; p=10 % bei df=1). Der der Tendenz nach höhere Belastungsindex der onkologischen Familien wird besonders durch die höheren Werte dieser Familien in der Kategorie Elternbeziehung bestimmt. Nach diesem Ergebnis muß davon

ausgegangen werden, daß die onkologische Krankheit eines Kindes zwischen den Ehepartnern in einem höheren Ausmaß zu Spannungen und Konflikten führt als die Erkrankung eines diabetischen Kindes.
Unter der Annahme, die Kategorien Elternbeziehung und Geschwisterbeziehung erfassen mehr interpsychische Konflikte, während die anderen drei Kategorien mehr krankheitsbedingte intrapsychische Konflikte beschreiben, kann das Ergebnis unter Annahme ausreichender Trennschärfe zwischen den Kategorien dahingehend gedeutet werden, daß die Art der Krankheit zu den gleichen intrapsychischen Belastungen führt, onkologische Krankheit im Kindesalter aber stärkere interpsychische Konflikte zwischen den Eltern des erkrankten Kindes bedingt.

Die 38 Merkmale des Interviews haben eine sehr unterschiedliche Häufigkeitsverteilung mit einem f=0 bis f=21 und einer durchschnittlichen Merkmalshäufigkeit ($\bar{X}$=8,66) über alle N=45 untersuchten Familien hinweg. Einige der im Interview erfragten Merkmale liefern demnach wenig oder keine Information über die Familien, während das durch einige andere Merkmale erfaßte Verhalten in den Familien mit einer bedeutsam höheren Wahrscheinlichkeit des Auftretens erwartet werden kann. Für die weitere Analyse der Interviewvariablen sei deshalb auf die Merkmale verzichtet, die nur geringe Informationen binden. Dieses sollen die Merkmale sein, die sowohl für die diabetische als auch die onkologische Gruppe auf mindestens 66 % der Familien nicht zutreffen, d.h. es sollen die Merkmale einer Merkmalsanalyse unterzogen werden, die entweder für die diabetische oder die onkologische Gruppe von mindestens 33 % der Familien als zutreffend beurteilt werden; dieses entspricht einer Merkmalshäufigkeit $f \geq 7$. Durch dieses Vorgehen werden zunächst einmal alle die Merkmale aus der Betrachtung ausgeschlossen, denen wegen der relativ geringen Besetzung der Charakter singulärer Erscheinungen zuge-

sprochen werden muß. Sicherlich ist dieses Verfahren willkürlich, es scheint aber bei der relativ großzügigen Grenzziehung gerechtfertigt zu sein.

Durch dieses Vorgehen erhalten folgende Merkmale des Interviews eine besondere Gewichtung (die Buchstaben D und O geben dabei an, welches Merkmal die diabetische bzw. onkologische Gruppe zu der Merkmalsliste beitragen, die Ziffern die Häufigkeiten in der jeweiligen Gruppe):

Tabelle 18: Interviewmerkmale mit hohem Informationsgehalt

- enterbter Vater (D 8, O 9)
- Krankheit als Angriff auf Vaterrolle (O 9, D 3)
- Mangelnde Kommunikation der Ehepartner über die Krankheit (O 12, D 4)
- Überbehütung durch die Mutter (D 11, O 6)
- Psychische Überbelastung der Mutter (O 6, D 7)
- Übermäßige (körperliche) Anforderung an die Mutter (D 7, O 12)
- Spannungen zwischen den Eltern (O 10, D 3)
- Verhaltensunsicherheit der Mutter (D 6, O 9)
- Spannungen zwischen den Geschwistern (O 7, D 3)
- Besondere pflegerische Belastungen für die Eltern (O 9, D 6)
- Chronic sorrow (D 9, O 11)
- Initiale Schockreaktion (O 21, D 19)

Diese 12 Merkmale des Interviews entsprechen einem Anteil von 31,6 % an den 38 Merkmalen, sie binden aber mit einer Häufigkeit f=207 insgesamt 62,9 % der Information aus dem Interview. Es ist somit davon auszugehen, daß diesen Merkmalen als einem quasi Hauptfaktor eine zentrale Bedeutung bei der Beschreibung der psychodynamischen Auswirkungen chronischer Krankheit im Kindesalter auf das nahe Sozialisationsklientel zukommt. Diese Merk-

male sollen im Folgenden näher analysiert werden, da die Wahrscheinlichkeit des Auftretens der anderen 26 Merkmale bei chronischer Krankheit im Kindesalter viel geringer ist. Diesen anderen Merkmalen kann insgesamt offensichtlich der Charakter singulärer Erscheinungen zugesprochen werden; es soll aus diesem Grunde auf die nähere Analyse dieser Merkmale verzichtet werden.

Im Folgenden sei untersucht, wie sich diabetische und onkologische Gruppen in den Merkmalen mit hohem Informationsgehalt unterscheiden. Eine deutlich erhöhte Problembelastung der onkologischen Familien stellt sich in den Problembereichen "Mangelnde Kommunikation" und "Spannungen zwischen den Eltern" dar. Die Eltern onkologischer Kinder kommunizieren offensichtlich weniger über die Krankheit des Kindes als Eltern diabetischer Kinder. Dieses Problem wird von den Müttern onkologischer Kinder in 12 Fällen genannt; der Wunsch der Mütter nach Gesprächen über Krankheit, Tod, Belastung des Kindes etc. wird in der subjektiven Bewertung der Mütter von den männlichen Partnern nicht akzeptiert. Auffallend ist auch der Unterschied in dem Merkmal "Krankheit als Angriff auf die Vaterrolle" mit einem erhöhten Wert der onkologischen Väter. Diese erleben sich danach von der Versorgung ausgeschlossen und zur belastend erlebten Submission gezwungen. In den anderen Merkmalen der Tabelle 19 unterscheiden sich diabetische und onkologische Familien nicht bedeutsam voneinander. Bei vorsichtiger Interpretation dieses Ergebnisses kann davon ausgegangen werden, daß der Art der Krankheit bei der erlebten Auswirkung nur eine geringe Bedeutung zukommt. Die beiden in der existentiellen Bedrohung eines Kindes sehr unterschiedlichen Krankheitsbilder bedingen offensichtlich keine grundsätzlich inhaltlich unterschiedlichen Auswirkungen in den Familien. Ausgenommen die bereits diskutierten Merkmale "Mangelnde Kommunikation", "Span-

nungen zwischen den Eltern" und "Angriff auf die Vaterrolle", die anzeigen, daß die Stärke der erlebten Belastung zumindest in diesen Merkmalen von der Art der Krankheit beeinflußt wird.

Im Folgenden seien die Interaktionen zwischen den Merkmalen mit hohen Interview-Informationen über Korrelationen näher betrachtet; die Korrelationsmatrix in Tabelle 19 zeigt die entsprechenden Interkorrelationen. Das Merkmal "Initiale Schockreaktion" wurde nicht verrechnet, da dieses nach den Ergebnissen eindeutig zu prognostizieren ist, darüberhinaus aber nur wenig aussagen kann.

Tabelle 19: Matrix der Interkorrelationen der Interviewmerkmale mit hohem Informationsgehalt

Skalenbenennung
siehe unten

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1		.04	.10	0.25	.26	0.16	.09	.37	.19	.15	.03
2			.14	.34	.70	.63	.25	.59	.44	.60	.45
3				.33	.30	.12	.34	.09	.08	.28	.29
4					.51	.30	.37	.23	.20	.25	.22
5						.40	.28	.41	.31	.51	.38
6							.21	.24	.27	.59	.19
7								.12	.43	.63	.27
8									.34	.56	.43
9										.62	.39
10											.36
11											

$>.30$ (5 %-Niveau)
$\geq .39$ (1 %-Niveau)

Skalenbenennung

1 = Enterbte Väter
2 = Mangelnde Kommunikation
3 = Überbelastung der Mutter (körperl.)
4 = Überbelastung der Mutter (psych.)

5 = Spannungen zwischen Eltern
6 = Forder. a. d. Mutter
7 = Verhaltensunsicherh. d. Mutter
8 = Krankheit als Angriff auf Vater
9 = Spannungen zwischen Geschwistern
10 = Besondere pflegerische Belastung
11 = chronic sorrow

Der Matrix ist zu entnehmen, daß von den 55 Korrelationen zwischen den Merkmalen 28 statistisch bedeutsam sind. Unter zusätzlicher Einbeziehung der Korrelation mit einer Tendenz zur statistischen Bedeutsamkeit kann davon ausgegangen werden, daß die 11 Merkmale eine sehr enge korrelative Beziehung zueinander haben.
Eine sehr enge Beziehung zu anderen Merkmalen fällt bei dem Merkmal "mangelnde Kommunikation" auf. Dieses steht in sehr hoher Beziehung zu dem Merkmal "Spannungen zwischen den Eltern", wobei zu vermuten ist, daß die Spannung kausal zu der verminderten Kommunikation zwischen den Partnern in Beziehung zu sehen ist. Diese hohe Beziehung zeigt sich sowohl bei den diabetischen als auch den onkologischen Familien mit einer Erhöhung bei den onkologischen Familien. Insgesamt ist die Beziehung mit r=.70 sehr hoch. Eine sehr hohe Beziehung besteht auch zwischen den Merkmalen "enterbter Vater" (im Sinne von der Mutter ausgeschlossen werden und nichtteilnehmen dürfen) und "Krankheit als Angriff auf die Vaterrolle". Dieses zeigt, daß diese beiden Merkmale in sehr hoher Abhängigkeit voneinander stehen. Die Beziehung zwischen dem Merkmal "enterbter Vater" und "Spannungen zwischen den Eltern" ist dann statistisch hoch bedeutsam, wenn bei der Berechnung der Korrelation die Väter nicht berücksichtigt werden, die aufgrund von Transaktionen der Mutter von der Versorgung des kranken Kindes ausgeschlossen sind (passiv enterbt). Aktives aus dem Felde gehen der Väter wird danach von

Müttern belastend erlebt.
Zwischen den Merkmalen "übermäßige Belastung der Mutter sowohl körperlich als auch psychisch" und "mangelnde Kommunikation" bestehen ebenfalls statistisch bedeutsame Beziehungen. Nach den Korrelationen ist die Frage der Dependenz oder Interdependenz nicht zu erklären, d.h. ob die mangelnde Kommunikation die Überbelastung bedingt oder die Überbelastung die mangelnde Kommunikation. Welche Wechselwirkung besteht, ist aus der Korrelation selber nicht zu erklären. Unter Berücksichtigung kommunikationspsychologischer Theorien gibt es gute Gründe für die Annahme des ersten Falles. Dieses gilt auch für die Beziehung zwischen den Merkmalen "mangelnde Kommunikation" und "Spannungen zwischen den Geschwistern", wobei hier aber wohl eher zu vermuten ist, daß eine unangemessene Kommunikation in Familien zu Geschwisterproblemen führt. Die Beziehung zwischen den beiden Merkmalen ist mit einem r=.44 statistisch hoch bedeutsam. Welche Lesart ist aber dabei gültig? 1. Mangelnde Kommunikation zwischen den Eltern bedingt Spannungen zwischen Geschwistern oder 2. Spannungen zwischen den Geschwistern führt zu einer verminderten Kommunikation der Eltern oder 3. beide gehen auf einen oder mehrere gemeinsame Faktoren zurück? Dieses Problem sei in Zusammenhang mit einer Analyse der gemeinsamen Bedingungsfaktoren der elf Merkmale näher diskutiert. Es soll deshalb an dieser Stelle auf weitere Diskussion der Korrelationen der Tabelle 19 verzichtet werden, da die differenzierende Auseinandersetzung mit diesen Korrelationen über eine Faktorenanalyse erfolgen soll. Es wird aber bereits an dieser Stelle deutlich, daß die Merkmale des 'Quasi-Hauptfaktors' auf gemeinsame Bedingungen zurückzuführen sind, wie die Zahl signifikanter Korrelationen zeigt.
An dieser Stelle sollen zur Analyse der Interviewergebnisse einzelne Merkmale als Filtervariablen herausgezogen werden und nach diesen Variablen dichotomisiert werden. Bei einer Dichotomisierung der Gesamtgruppe N=45 nach

dem Merkmal "mangelnde Kommunikation" in die beiden Gruppen mangelnde Kommunikation (N=16) versus unauffällige Kommunikation (N=29) zeigen sich zwischen den beiden Gruppen bedeutsame Unterschiede in der Gesamtbelastung der beiden Gruppen nach dem Interview. In den Familien mit mangelnder Kommunikation ist die Gesamtbelastung im Interview bedeutsam höher als in Familien mit offener Kommunikation. Die beiden Gruppen unterscheiden sich in ihren Zentralwerten mehr als durch Zufall zu erwarten wäre (X^2=31,03, df=1, $p < 1$ %). Dieses Ergebnis ist mit einer unterschiedlichen Altersverteilung in den Gruppen nicht zu erklären, da die Zentralwerte sich hinsichtlich des Alters der Kinder zwischen diesen beiden Gruppen nicht bedeutsam voneinander unterscheiden (X^2=1,30, df=1, $p > 5$ %).
Bei einer Dichotomisierung nach dem Merkmal "enterbte Väter" ergibt sich ebenfalls eine statistisch hoch bedeutsam erhöhte Problembelastung in den N=16 Familien, in denen der Vater von der Versorgung ausgeschlossen ist im Vergleich zu Familien, bei denen der Vater sich stärker beteiligt (X^2=7,56, df=1, $p < 1$ %). Hierbei ist noch zu berücksichtigen, daß in das N=16 auch die Familien eingehen, bei denen die Mutter den Vater sich wenig oder nicht beteiligen läßt, ohne daß deshalb Spannungen in der Familie entstehen, da das Verhalten der Mutter dem Wunsche des Vaters offensichtlich entspricht. Ohne diese Familien wäre der Unterschied noch ausgeprägter.

In den Interviews tauchte wiederkehrend das Problem der Kenntnis der Diagnose auf. Während dieses nicht die diabetischen Kinder betraf, scheint es für die Eltern tumorkranker Kinder ein bedeutsames Problem zu sein. 8 Elternpaare tumorkranker Kinder kommunizieren mit ihren mehr als 10 Jahre alten Kindern nicht offen über die Krankheit und verschweigen die Diagnose. In allen Fällen klagen die Eltern über Beziehungsprobleme mit dem Kind. Die Kinder sind im Urteil der Eltern widersetzlich, ag-

gressiv, ziehen sich zurück, wirken traurig und sind wenig offen in der Beziehung zu den Eltern. Bei einer Dichotomisierung nach diesem Merkmal - "Kenntnis der Diagnose" oder "Offenheit der Kommunikation zwischen Eltern und Kindern" - zeigt sich im Interview eine erhöhte Problembelastung der die Krankheit verschweigenden Familien im Vergleich zu allen anderen Familien (X^2=5,80, df=1, $p < 5\ \%$).
Auf eine weitere Dichotomisierung nach Filtervariablen sei an dieser Stelle auch wegen der Übersichtlichkeit von Einzelergebnissen verzichtet. Darüberhinaus ist gerade unter Berücksichtigung der anderen Merkmale auch nach der Zweckmäßigkeit einer Dichotomisierung zu fragen, besonders unter der Frage, wieweit die anderen Merkmale Ursache oder Folge von Familienproblemen sind. Die Ergebnisse des Interviews sollen deshalb an anderer Stelle über eine Faktorenanalyse näher erörtert werden.

Das Ergebnis des Interviews ist bisher wie folgt zusammenzufassen:
Von den 45 Familien sind 7 durch Alkohol- bzw. Tablettenabhängigkeit belastet.
Von den 38 Interviewmerkmalen binden 12 Merkmale einen hohen Anteil der Information im Interview. Die anderen Merkmale sind zum großen Teil als singuläre Erscheinungen aufzufassen.
Diabetische und onkologische Familien unterscheiden sich von den 12 Merkmalen in den Merkmalen "mangelnde Kommunikation", "Spannungen zwischen den Eltern" und "enterbte Väter" mit einer höheren Belastung der onkologischen Familien.
Bei einer Dichotomisierung der Gesamtgruppe nach den Merkmalen "Mangelnde Kommunikation" und "enterbter Vater" sowie dem Merkmal "Kenntnis des Kindes über die Diagnose" zeigen sich im Interview mehr Belastungen in Familien mit Kommunikationsstörungen.

Auf eine weitere Diskussion von Einzelergebnissen des Interviews sei hier wegen des Problems der Übersichtlichkeit verzichtet.

Im Folgenden soll zur besseren Interpretation der Korrelationen aus der Korrelationsmatrix der 11 Merkmale (siehe Tabelle 19) des Interviews über die Faktorenanalyse die Anzahl der Dimensionen bestimmt werden, die das Zustandekommen der im Interview erhobenen Probleme beschreiben und erklären können.
Die Analyse der Interkorrelation wurde nach dem SPSS Batch System vorgenommen. Tabelle 20 zeigt die danach erhaltene Varimax rotierte Faktorenmatrix mit den 3 extrahierten Faktoren.

Tabelle 20: Varimax rotierte Faktorenmatrix
(11 Merkmale des Interviews, Gesamtgruppe N=45)

	Factor 1	Factor 2	Factor 3
V 1	.21977	.15819	.24864
V 2	.81470	.02921	.28191
V 3	.07627	.25989	.40908
V 4	.17122	.15156	.72329
V 5	.55369	.03720	.58873
V 6	.53610	.09576	.20413
V 7	.17657	.94370	.24051
V 8	.66916	.05583	.17166
V 9	.54397	.32731	.04800
V 10	.78901	.50111	.08856
V 11	.43765	.16226	.21896

Transformation Matrix

	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Factor 1	.81273	.36833	.45144
Factor 2	.39180	.91898	.04444
Factor 3	.43123	.14075	.89120

Der 1. Faktor bindet 70,3 % der gemeinsamen Varianz, der 2. Faktor 17,6 % und der 3. Faktor 12,1 %.
Der 1. Faktor kann als ein Generalfaktor aufgefaßt werden mit sehr hohen Ladungen auf den Merkmalen "Mangelnde Kommunikation", "Besondere pflegerische Belastungen", "Krankheit als Angriff auf die Vaterrolle". Geringere aber noch hohe Ladungen sind auf den Merkmalen "Spannungen zwischen den Eltern", "Spannungen zwischen den Geschwistern" und "Übermäßige Forderung (körperlich) an die Mutter" festzustellen.
Der zweite Faktor ist ausschließlich durch eine hohe Ladung auf dem Merkmal "Verhaltensunsicherheit der Mutter" gekennzeichnet, während der dritte Faktor hohe Ladungen auf den Merkmalen "Überbelastung (psychisch) der Mutter" und "Spannungen zwischen den Eltern" zeigt.

Nach dieser Faktorenanalyse können bei Interpretation der Faktoren die psychodynamischen Auswirkungen beschrieben werden als "Kommunikative Beziehungsstörungen zwischen den Interaktionspartnern in den Familien, welche die notwendigen und erforderlichen Versorgungen des Kindes als extreme Belastung erleben lassen" (Faktor I).
Der zweite Faktor kann interpretiert werden als "Krankheitsbezogene Ängstlichkeit der Mutter", die aber nicht unabhängig von dem Faktor I gesehen werden darf.
Der Faktor III kann gedeutet werden als "psychische Überforderung der Mutter durch Partnerprobleme", wobei auch dieser Faktor nicht unabhängig vom Faktor I zu sehen ist.
Diese Faktorenanalyse zeigt die hohe Bedeutung der partnerschaftlichen Kommunikation für das unterschiedliche Ausmaß des Erlebens der chronischen Krankheit des Kindes.
Die durch die 11 Merkmale gebundene Information von 62,9 % ist trotz der nur geringen Merkmalszahl und damit relativ kleinen Korrelationsmatrix recht gut in drei Merkmalsgruppen zu unterteilen, wie oben gezeigt wurde. Die psychodynamischen Auswirkungen lassen sich nach dem Interview

durch diese drei Faktoren beschreiben und geben unter Berücksichtigung psychologischer Theorien sinnvolle Ergebnisse.
Das Ergebnis kann derart gedeutet werden, daß weniger Art, Ausmaß und Umfang von Krankheiten psychodynamische Auswirkungen bedingen als vielmehr die Art, wie die Gruppenmitglieder über das Problem Krankheit kommunizieren und die Ängste, Befürchtungen, Wünsche etc. anderer Gruppenmitglieder akzeptieren.
An dieser Stelle sei noch einmal darauf hingewiesen, daß die anderen, nicht faktorisierten 27 Merkmale mit einer Informationsbindung von ca. 27 % durchaus auch zu diesen drei Faktoren in Beziehung stehen. Ihr Auftreten ist jedoch weniger wahrscheinlich als das der anderen 11 Merkmale. Trotzdem können sie auch durch dieselben Faktoren mitverursacht sein. Die bisher dargestellten Ergebnisse, besonders das Ergebnis der Faktorenanalyse, beziehen sich auf die Merkmale, die in den beiden Gruppen mit einer Häufigkeit f ≥ ^ auftraten. Während nach den vorliegenden Ergebnissen das Auftreten dieser bisher diskutierten Problembereiche in Familien mit diabetischem und onkologischen Kindern mit einer durchschnittlichen Wahrscheinlichkeit von etwa oC % erwartet werden kann, ist die Wahrscheinlichkeit des Auftretens der anderen auch im Interview erfragten Probleme deutlich geringer. Sicher können bei der Mutter der Kinder Ablehnung, Vernachlässigung, Aggression gegen das kranke Kind oder Schuldgefühle gegenüber den gesunden Kindern entstehen, auf Seiten der Väter Ablehnung und Vernachlässigung oder Aggression gegen das kranke Kind, bei den Geschwistern Aggressionen gegen das Problemkind oder Schulschwierigkeiten oder bei den Eltern Schuldgefühle, Verhaltensunsicherheiten etc.. Typisch für [illegible] Familien [illegible] Problemen [illegible] gilt nicht, und es ist zu fragen, welche Bedingungen in Familien das Auftreten von spezifischen Problemen - die in anderen Familien vorkommen - verhindern.
Nach der Faktorenanalyse ist die Frage dahingehend zu

beantworten, daß das Merkmal gestörte Kommunikation über die Krankheit des Kindes zu einem erhöhten Ausmaß an erlebter Belastung führt.

Zusammenfassung:

Chronische Krankheit im Kindesalter führt nach den Ergebnissen des Interviews nicht zwingend zu spezifischen psychodynamischen oder soziographisch beschreibbaren Auswirkungen. Der Art der Krankheit kommt bei der Entstehung von Problemen in den Familien offensichtlich eine geringere Bedeutung zu. Stärkere Auswirkung auf die Problem- und Konfliktbewältigung scheint die innerfamiliäre Kommunikationsstruktur über das Problem zu haben, die wiederum zur Ängstlichkeit der Mutter und deren psychischer Überforderung infolge Partnerproblemen in Beziehung steht. Dieses Ergebnis müßte bei einer Untersuchung von ausschließlich Problemfamilien deutlicher werden, d.h. in diesen Familien müssen die extrahierten Faktoren noch deutlichere und trennschärfere Merkmalsladungen zeigen. Es bleibt im weiteren Verlauf dieser Arbeit zu untersuchen, ob diese Hypothese zu verifizieren ist.

6.3. Fragebogen für Verhaltensstörungen

Die Beurteilung der kranken Kinder durch die Mutter hinsichtlich des Auftretens von Verhaltensstörungen in dem Fragebogen von Schmidtchen ergab für die Gesamtgruppe N=45 ein $\bar{X}$=5,15 (s=4,12, s^2=16,99).

Die Kennwerte der Diabetiker lauten für das N=23: f=129, $\bar{X}$=5,60 (s=4,77, s^2=22,7). Die entsprechenden Parameter der onkologischen Kinder sind für das N=22: f=103, $\bar{X}$=4,68 (s=3,35, s^2=11,27).

Tabelle 21: Ergebnisse des Fragebogens für Verhaltensstörungen

	diab.	onkol.	Gesamt
Gesamt	129	103	232
$\bar{X}$	5,60	4,68	5,15
s	4,77	3,35	4,12
s^2	22,7	11,27	16,99

Mit einem χ^2=0,57 bei df=1 ist die Differenz hinsichtlich der Zentralwerte der beiden Gruppen statistisch nicht bedeutsam, d.h. die Häufigkeit von Verhaltensstörungen ist im Urteil der Mütter nicht von der Art der Krankheit beeinflußt. Wegen der hohen Besetzung der niedrigen Altersklassen bei den onkologischen Kindern (0 - 5,4 Jahre N=6) gegenüber den diabetischen Kindern (0 - 5,4 Jahre N=1) sind die Häufigkeiten der Verhaltensauffälligkeiten zwischen den Gruppen ohne diese Altersgruppen zu vergleichen, da ein großer Teil der Fragen für diese Altersgruppe augenscheinlich keine Gültigkeit besitzt. Die damit erzielte Homogenisierung der Altersstreuung führt zu keiner Veränderung des Ergebnisses: mit einem χ^2=0,0354 bei df=1 unterscheiden sich die Gruppen hinsichtlich ihrer Zentralwerte nicht bedeutsam voneinander.

Bei einer Dichotomisierung der Gesamtgruppe nach dem Merkmal des Kindes "Kenntnis der Diagnose" ergibt sich eine Tendenz zur Abweichung in Richtung auf mehr Probleme vom gemeinsamen Zentralwert durch die Kinder, die ihre Diagnose nicht kennen (χ^2=2,52, p< 10 %). Dieses Ergebnis ist bei einem N=8 für die Kinder, die ihre Diagnose nicht kennen, statistisch nicht sehr gut gesichert. Das Ergebnis ist aber auch in Beziehung zu sehen zu dem Merkmal "Mangelnde Kommunikation der Eltern untereinander". Ein Vergleich der 16 Familien mit einer

Besetzung des Merkmales "Mangelnde Kommunikation" mit den 29 Familien, die durch das Merkmal "Offene Kommunikation" gekennzeichnet sind, ergibt mit einem $\chi^2=1,40$ (df=1) eine statistisch nicht bedeutsame Abweichung. Der Vergleich "Kommunikation" versus "Nichtkommunikation" zeigt bei Ausschluß der Kinder jünger als 5,4 Jahre nach der damit bewirkten Homogenisierung der Altersstreuung für ein N=38 eine höhere Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Verhaltensauffälligkeiten der Kinder in Familien mit einer verminderten Kommunikation. Das Ergebnis kann nur als Tendenz gedeutet werden; mit einem $X^2=3,01$ (df=1) ist die Irrtumswahrscheinlichkeit $p < 10$ %.

Insgesamt unterscheiden sich onkologische und diabetische Kinder hinsichtlich des Merkmals "Verhaltensstörungen im Urteil der Mutter" in den Häufigkeiten nicht auffallend voneinander.

Es stellt sich darüber hinaus die Frage nach der Art der beklagten Verhaltensauffälligkeiten. Die durchschnittliche Häufigkeit über alle Items hinweg beträgt $\bar{X}=5,15$ für die Gesamtgruppe N=45. Bei den Diabetikern sind die Häufigkeiten in folgenden 7 Items höher als diese durchschnittliche Häufigkeit: Item 1, Schlafstörungen (N=8, 34,7 %); Item 3, Ermüdbarkeit (N=13, 56,5 %); Item 4, Kopfschmerzen (N=10, 43,4 %); Item 6, Motorische Unruhe (N=7, 30,43 %); Item 13, Wutanfälle (N=12, 52,1 %); Item 22, Nägelkauen (N=8, 34,7 %) und Item 25, Konzentrationsstörungen (N=9, 39,1 %).

Für die onkologischen Kinder sind die folgenden 4 Items überdurchschnittlich häufig besetzt:

Item 1, Schlafstörungen (N=10, 45,41 %); Item 3, Ermüdbarkeit (N=11, 50 %); Item 13, Wutanfälle (N=10, 45,4 %) und Item 18, Phobien; Ängste (N=8, 36,4 %).

Die anderen Items des Fragebogens sollen wegen der im Vergleich zu den vorher genannten Items relativ geringen Häufigkeiten keiner weiteren Analyse unterzogen werden.

Es bleibt festzustellen, daß die diabetischen und onkologischen Kinder im Urteil der Mutter in der durchschnitt-

lichen Häufigkeit nicht voneinander abweichen, wohl aber in der Art der Auffälligkeit. Während die Gruppen hinsichtlich der Merkmale Schlafstörungen, Ermüdbarkeit und Wutanfälle der gleichen Grundgesamtheit entstammen, gilt dieses nicht mehr für die Merkmale Kopfschmerzen, Motorische Unruhe, Nägelkauen und Konzentrationsstörungen mit stark erhöhter Auftretenswahrscheinlichkeit bei den Diabetikern bzw. dem Merkmal Phobien (Ängste) bei den onkologischen Kindern.
Da zu dem Fragebogen Altersnormen nach dem Urteil der Mutter nicht vorliegen, kann das Ergebnis hinsichtlich der drei übereinstimmenden Merkmale nicht weiter interpretiert werden, während bei den anderen fünf Merkmalen die Aussage zulässig ist, daß diabetische und onkologische Kinder im Urteil der Mutter voneinander abweichende Probleme haben, die aber nicht unbedingt von der Population abweichen müssen! Auch unter besonderer Berücksichtigung der Häufigkeiten der Kinder jünger 5,4 Jahre ergeben sich bei den voneinander abweichenden Merkmalen keine bedeutsam anderen Ergebnisse. Die Ergebnisse von Schmidtchen u.a. (1974) bzw. Sarges (1982) zu dem Fragebogen können nicht zu einem Vergleich herangezogen werden, da diese sich auf Erzieherurteile bzw. Lehrerurteile stützen.
Die erhöhte Belastung der onkologischen Kinder in dem Merkmal "Phobien" läßt sich hypothetisch durch die beeinträchtigenden und eventuell traumatischen Manipulationen an den Kindern erklären und als Reaktion auf diese Ereignisse, während bei den diabetischen Kindern einerseits die Symptomatik als Folge der Krankheit in medizinischer Hinsicht gedeutet werden könnte (Kopfschmerzen und Konzentrationsstörungen) und andererseits eine psychische Reaktion auf besondere Einengungen der Kinder. Der letzte Aspekt weist auf ein spezifisches Elternverhalten hin, im Unterschied zu Eltern onkologischer Kinder. Im Interview sind die Eltern diabetischer Kinder

durch ein höheres Ausmaß an Überbehütung gekennzeichnet, allerdings nur mit einer statistischen Tendenz. Es bleibt offen, ob das Ergebnis im QRS zu objektivieren ist.

6.4. Questionnaire on Resources and Stress (QRS)

Die Gesamtergebnisse des QRS sind der Tabelle III im Anhang zu entnehmen. Bei einer möglichen absoluten Problembelastung der Gesamtgruppe von 12824 (N=45 x 285 Items) in dem Fragebogen erreicht die Gesamtgruppe mit f=2003 in die Problemrichtung beantworteten Items eine prozentuale Belastung von 15,6 %. Davon entfallen 980 auf die Gruppe der Diabetiker und 1023 auf die onkologische Gruppe. Die Kennwerte der Gruppe im QRS sind der Tabelle 22 zu entnehmen.

Tabelle 22: Ergebnisse des QRS (Gesamtskala)

	diab.	onkol.	Gesamt
Gesamt	980	1023	2003
$\bar{X}$	42,60	46,5	44,5
s	22,99	23,75	23,18
s^2	528,70	564,45	537,6

Das unterschiedliche Ergebnis zwischen den beiden Gruppen ist mit einem X^2=1.95 (df=1) statistisch nicht bedeutsam; die Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Zentralwerte nur zufällig voneinander.
Die Kennwerte der Gruppen in den 15 Skalen des QRS sind in der Tabelle 23 dargestellt.

Tabelle 23: Ergebnisse der Skalen 1 - 15 im QRS

Diabetiker

Skala

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Gesamt	59	83	125	71	89	62	86	76	16
$\bar{X}$	2,5	3,6	5,4	3,1	3,9	2,7	3,7	3,3	0,7
s	2,6	1,9	3,2	2,9	1,9	1,6	1,5	3,8	0,8
s^2	6,7	3,4	10,7	8,5	3,6	2,7	2,2	14,7	o,6

Diabetiker

Skala

	10	11	12	13	14	15
Gesamt	84	43	13	12	46	115
$\bar{X}$	3,7	1,9	0,6	0,5	2,0	5,0
s	2,5	1,2	1,2	0,8	0,8	5,3
s^2	6,3	1,5	1,3	0,6	0,6	28,5

onkol. Kinder

Skala

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Gesamt	89	103	157	73	65	45	58	66	30
$\bar{X}$	4,0	4,7	7,1	3,3	3,0	2,0	2,6	3,0	1,4
s	2,8	3,2	4,0	2,7	1,0	1,3	2,8	1,7	1,8
s^2	7,8	10,2	16,1	7,3	1,1	1,8	7,7	3,0	3,3

onkol. Kinder

Skala

	10	11	12	13	14	15
Gesamt	82	60	15	19	48	113
$\bar{X}$	3,7	2,7	0,9	0,9	2,2	5,1
s	3,1	2,2	1,4	1,2	0,9	3,5
s^2	9,7	5,1	2,0	1,5	0,7	12,2

Der Skalenunterschied zwischen beiden Gruppen ist zufällig und statistisch nicht bedeutsam in den Skalen 1, 3, 4, 8, 10, 12, 13, 14 und 15. In den Skalen 2 (Excess Time Demands) und 9 (Limits on Family Opportunity) besteht eine Tendenz in Richtung auf mehr Probleme bei den onkologischen Familien, während diese Tendenz umgekehrt ist in Richtung auf mehr Probleme bei den Familien der Diabetiker in den Skalen 5 (Lack of Social Support) und 6 (Overcommitment, Martyrdom).
In den beiden verbleibenden Skalen 7 (Pessimism) und 11 (Physical Incapacitation) unterscheiden sich die beiden Gruppen statistisch bedeutsam auf dem 5 % Niveau mit höheren Zentralwert der Diabetiker in der Skala 7 (χ^2=5,14, df=1) und einem höheren Wert der onkologischen Familien in der Skala 11 (χ^2=3,91, df=1).

Da zu dem Fragebogen Vergleichsnormen nicht vorliegen, ist eine weitere Analyse der Problemhäufigkeiten wenig aufschlußreich unter Berücksichtigung der Fragestellung dieser Arbeit, die nicht die Frequenz des Verhaltens in den Familien untersuchen will als vielmehr die Bedingungen, die zu einem spezifischen Problemverhalten in den Familien führen können.

Dazu seien die Ergebnisse der Familien im QRS betrachtet, deren Problemhäufigkeiten über dem Gesamtmedian von 43 im QRS liegen, d.h. $>C$ 50, und verglichen mit den Ergebnissen der Familien, deren Problemhäufigkeiten $\leq C$ 50 sind, d.h. < 43.

Dieses ist ein N=8 der diabetischen Kinder (lfd. Nr. 1, 6, 11, 12, 13, 14, 19 und 21), die mit einer Problemhäufigkeit von f=526 ($\bar{X}$=65,8) mit 53,7 % an den Problemen der diabetischen Familien beteiligt sind, d.h. auf 30,4 % der diabetischen Familien entfallen 53,7 % der Probleme der Diabetikergruppe.
Bei den N=12 onkologischen Familien (lfd. Nr. 1, 2, 3,

6, 10, 11, 12, 13, 15, 17, 20 und 21) entfallen auf die Familien >C 50 f=759 Probleme ($\bar{X}$= 63,3), die 74,2 % bedeuten, d.h. auf 54,5 % der onkologischen Familien entfallen 74,2 % der 1023 Probleme aller onkologischen Familien.
Die Ergebnisse dieser 20 Familien zusammengefaßt ergeben sich folgende Werte: X=1285 ($\bar{X}$=64,25); dieses entspricht 64,2 % der insgesamt 2003 Probleme, d.h. 44,4 % der Familien >C 50 sind mit 64,2 % an den 2003 Problemen im QRS beteiligt.

Ein Vergleich der 20 Familien >C 50 im QRS mit der Restgruppe N=25 ≤C 50 im QRS ergibt für die Skalen 1 - 15 folgende Ergebnisse: In den Skalen 5 (Lack of Social Support), 6 (Overcommitment/Martyrdom) und 10 (Financial Problems) ist der Unterschied statistisch nicht bedeutsam, in den Skalen 7 (Pessimism), 8 (Lack of Family Integration), 13 (Occupational Limitations for Index case) und 14 (Social Obtrusiveness) besteht die Tendenz in Richtung auf mehr Probleme der Gruppe >C 50 mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit p<10 %. Auf dem 5 % - Niveau höhere Werte der >C 50 - Gruppe finden sich in den Skalen 11 (Physical Incapacitation), während die Zentralwerte statistisch hochsignifikant in Richtung auf mehr Probleme der >C 50 - Gruppe abweichen in den Skalen 1 (Poor Health, Mood), 2 (Excess Time Demands), 3 (Negative Attitude Toward Index case), 4 (Overprotection, Dependency), 9 (Limits on Family Opportunity), 15 (Difficult Personality characteristics) und 12 (Lack of Activities for Index case).
Nach diesem Ergebnis ist die Abweichung der Problemfamilien besonders stark in den Skalen, welche die psychodynamischen Beziehungen der Familien erfassen. Die Interaktion zwischen diesen QRS-Skalen, die statistisch höhere Werte der >C 50 Gruppe haben, sind durch Korrelationen in der Tabelle 24 dargestellt.

Tabelle 24: Korrelation der QRS Skalen, mit statistisch höheren Werten der > C 50 - Gruppe

Skalenbenennung siehe unten	Skala							
	1	2	3	4	9	11	12	15
1		0.53	0.78	0.52	0.50	0.23	0.15	0.67
2			0.79	.50	.63	.66	.32	.58
3				.69	.64	.54	.63	.80
4					.55	.43	.63	.75
9						.16	.20	.51
11							.10	.43
12								.81
15								

Skalenbenennung

1 = Poor Health, Mood
2 = Excess Time Demands
3 = Negative Attitude Toward Index case
4 = Overprotection, Dependency
9 = Limits on Family Opportunities
11= Physical Incapacitation
12= Lack of Activities for Index case
15= Difficult Personality Characteristics

Von den 28 Interkorrelationen sind nur 5 statistisch nicht signifikant nach der ohnehin strengeren Signifikanzprüfung von Korrelationen nach der Fisher-z-Transformation (Hofstätter u. Wendt, 1966). Dieses bedeutet, daß die Skalen in einer hohen Beziehung zueinander stehen und quasi als ein Hauptfaktor angesehen werden können. Dieser ist jedoch in den Skalenmerkmalen heterogen, so daß der Versuch einer näheren Analyse und Interpretation dieses allgemeinen Belastungsfaktors angezeigt ist.

Die Analyse und Interpretation soll über eine Faktoren-

analyse der Korrelation der 8 QRS-Skalen nach dem SPSS-Batch-System mit Varimax-Rotation erfolgen.

Tabelle 25: Varimax rotierte Faktorenmatrix der 8 QRS Skalen

Skala	Factor 1	Factor 2
1	.68057	.21988
2	.85044	.18342
3	.84199	.50507
4	.54537	.57951
9	.63347	.19956
11	.54131	.10589
12	.07382	.99280
15	.57354	.75952

Transformation Matrix

	Factor 1	Factor 2
Factor 1	.79358	.60847
Factor 2	.60847	.79358

Nach der Varimax rotierten Faktorenmatrix ergeben sich zwei Faktoren, von denen der erste sehr hohe Ladungen auf den Merkmalen "Excess Time Demands" und "Negative Attitude Toward Index case" zeigt und geringere Ladungen auf den Merkmalen "Poor Health/Mood" und "Limits on Family Opportunity".
Der zweite Faktor lädt sehr hoch auf dem Merkmal "Lack of Activities for Index case" und etwas geringer auf dem Merkmal "Difficult Personality Characteristics". Während der zweite Faktor relativ eindeutig als Belastung durch Verhaltensauffälligkeiten des Kindes beschrieben werden kann, ist der erste Faktor insgesamt

heterogen: dieser beschreibt offensichtlich die erlebte Belastung durch die zeitlichen Aufwendungen und die begrenzten Lebensmöglichkeiten der Familien, die daraus resultierenden körperlichen Überforderungen der Mutter und emotionalen Beziehungsstörungen zu dem Kind. Insgesamt kann er wohl gedeutet werden als ein Faktor der Beziehungsstörung. Diese beiden Faktoren sind ebenfalls nicht voneinander unabhängig zu sehen, d.h. es besteht zwischen beiden eine Beziehung, wobei aber anzumerken ist, daß der erste Faktor 82,7 % der gemeinsamen Varianz bindet und damit der entscheidende Faktor ist.

Eine Analyse der N=20 Gruppe > C 50 im QRS ergibt folgende Ergebnisse, die geeignet sind, die Faktoren näher zu interpretieren: 2 Familien waren objektiv durch den präfinalen Zustand des Kindes belastet (beide Kinder sind inzwischen verstorben). 2 Mütter wurden nach der Erkrankung der Kinder von den Vätern geschieden und leben in einer wirtschaftlich und psychosozial schwierigen Situation. Nach dem Interview sind 9 der 18 Väter "enterbte Väter", d.h. nehmen nur wenig Anteil an dem Krankheitsgeschehen des Kindes, 11 Familien sind gekennzeichnet durch das Merkmal "mangelnde Kommunikation über die Krankheit des Kindes", in 8 Fällen ist "Überbehütung durch die Mutter" ein zusätzliches Merkmal, in weiteren 8 Fällen "Überbelastung der Mutter". Weitere 7 Familien sind gekennzeichnet durch das Merkmal "Spannungen zwischen den Eltern", 12 durch "übermäßige Forderung an die Mutter" und 10 durch "Verhaltensunsicherheit der Mutter", 8 durch "Krankheit als Angriff auf Vaterrolle" und 8 durch "Spannungen zwischen den Geschwistern".
Die Häufigkeiten in diesen Merkmalen in der Gruppe > C 50 im QRS sind größer als nach den Ergebnissen der Gesamtgruppe zu erwarten ist. Etwa 2/3 der Probleme in den einzelnen Merkmalen entfallen auf diese 20 Familien, während in allen anderen Merkmalen eine relative Gleichverteilung zwischen problembelasteten und weniger belasteten Familien

besteht. Mit einer gewissen Berechtigung kann das Ergebnis dahingehend gedeutet werden, daß diese Merkmale des Interviews die Bedingungen beschreiben, die zwischen Familien mit gleichem Schicksal zu unterschiedlichen Problembelastungen führen und welche sich mit den Skalen des QRS objektivieren lassen. Mit aller Vorsicht kann hierbei hypothetisch von einem Familiensyndrom als überzufällig häufiges, gemeinsames Auftreten einer Reihe von Einzelsymptomen gesprochen werden.

Eine weitere Analyse der durch den QRS gewonnenen N=20 'Problemfamilien' soll über eine Analyse der Merkmale des Interviews erfolgen, die eine Häufigkeit f $\geq$ 7 haben. Dieses sind die Merkmale, für die über die Gesamtgruppe N=45 die Faktorenanalyse gerechnet wurde.
Für die N=20 Gruppe ('Problemfamilien') wurden ebenfalls die Interkorrelationen zwischen diesen 11 Merkmalen bestimmt; diese Interkorrelationen sind in der Tabelle 26 dargestellt.

Tabelle 26: Korrelationen der 11 Interviewmerkmale (f = 7) für die N=20 im QRS extrahierten 'Problemfamilien'

Skalenbenennung
siehe nächste Seite

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1		.51	.19	.29	.28	.21	.20	.40	.20	.10	.01
2			.22	0.21	.56	.29	.28	.37	0.06	.31	.23
3				.47	.37	.32	.63	.18	.30	.31	.06
4					.64	.38	.19	.0	.10	.01	.10
5						.03	.08	.39	0.15	.31	.07
6							.19	.23	.02	.18	.10
7								.21	.28	.21	.08
8									.06	.10	.21
9										.51	.15
10											.10
11											

Skalenbenennung

1 = Enterbter Vater
2 = Mangelnde Kommunikation
3 = Überbehütung durch die Mutter
4 = Psychische Überbelastung der Mutter
5 = Spannung zwischen den Eltern
6 = Übermäßige Forderung an die Mutter
7 = Verhaltensunsicherheit der Mutter
8 = Krankheit als Angriff auf die Vaterrolle
9 = Spannung zwischen den Geschwistern
10 = Besondere pflegerische Belastungen für die Mutter
11 = Chronic sorrow

Von den 55 Interkorrelationen sind 16 statistisch bedeutsam nach der schärferen Signifikanzprüfung der Fisher-z-Transformation. Diese Zahl ist deutlich geringer als für die Interkorrelation der 11 Merkmale für die Gesamtgruppe N=45, wobei die geringere Anzahl der signifikanten Korrelationen wegen der geringeren Gruppengröße zu erwarten war. Die Analyse der Korrelationen soll wiederum über eine Faktorenanalyse nach dem SPSS-Batch-System mit Varimax-Rotation erfolgen. Die Varimax rotierte Faktorenmatrix ist in der Tabelle 27 dargestellt.

Tabelle 27: Varimax rotierte Faktorenmatrix der 11 Interviewmerkmale f 7 bei den N=20 'Problemfamilien'

	Factor 1	Factor 2	Factor 3
V 1	.66064	.03920	.03716
V 2	.72975	.06548	.35154
V 3	.17412	.61933	.54309
V 4	.41606	.81087	.11823
V 5	.67727	.34203	.18868
V 6	.15016	.54336	.07389
V 7	.16870	.42629	.59965
V 8	.50245	.01158	.03077
V 9	.06154	.03071	.56588
v 10	.14698	.07449	.64606
V 11	.12504	.12382	.17602

Transformation Matrix

	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Factor 1	.68784	.50768	.51878
Factor 2	.68945	.68049	.24820
Factor 3	.22702	.52839	.81808

Von den 3 erhaltenen Faktoren bindet der erste Faktor 50,5 % der gemeinsamen Varianz, der zweite Faktor 26,5 % und der dritte Faktor 23,0 %.

Der erste Faktor mit hohen Ladungen auf den Merkmalen "Mangelnde Kommunikation", "Enterbte Väter" und "Spannung zwischen Eltern" kann gedeutet werden als Faktor gestörter emotionaler Partnerbeziehungen. Der zweite Faktor ist bestimmt durch eine im Vergleich zu allen anderen Merkmalen sehr hohe Ladung auf dem Merkmal "Psychische Überbelastung der Mutter" und sollte auch als solcher bezeichnet werden, während der dritte Faktor mit relativ

hohen Ladungen auf den Merkmalen "Besondere pflegerische Belastungen" und "Verhaltensunsicherheit der Mutter" als organisatorische Belastung gedeutet werden kann, die auch durch "Überbehütung" mitbedingt ist und "Spannungen zwischen den Geschwistern" erzeugen kann.

Dieses Ergebnis entspricht insgesamt der Faktorenanalyse der 11 Merkmale über die Gesamtgruppe N=45, wobei bei der Faktorenanalyse der Gesamtgruppe die Faktorenstruktur insgesamt weniger homogen ist. Die Faktorenanalyse der Merkmale über die Gruppe der 'Problemfamilien' stellt die Belastungen eindeutiger dar und beschreibt die Auswirkungen in den 'Problemfamilien' deutlicher. Diese Auswirkungen sind in den 'Problemfamilien' im Vergleich zu der Gesamtgruppe relativ eindeutig und lassen den Schluß zu, daß 'Problemfamilien' im Vergleich zu der Gesamtgruppe wiederkehrend mehr spezifische Probleme haben, die Familien mit chronisch kranken Kindern zu 'Problemfamilien' werden lassen und diese von anderen Familien mit dem gleichen Schicksal unterscheiden. Häufig wiederkehrende Probleme sind dabei die Unmöglichkeit der Ehepartner zur Kommunikation über das Schicksal der Familien, die Tendenz der Väter zum Rückzug aus dem Konfliktfeld, Spannungen zwischen den Partnern, die psychische und physische Überforderung der Mutter, ängstliche Überbehütung durch die Mutter und Spannungen zwischen den Geschwistern, wobei nach den Faktorenanalysen besonders unter Berücksichtigung des ersten Faktors zu vermuten ist, daß die Unmöglichkeit zur Kommunikation und der Rückzug der Väter aus dem Konfliktfeld sehr stark die anderen Probleme bedingen, was dennoch eine Interdependenz zwischen allen anderen Merkmalen nicht ausschließt.

Das Ergebnis dieser Faktorenanalyse bestätigt die Vermutung, daß chronische Krankheit im Kindesalter an sich

der geringen Gültigkeit des Schmidtchen-Fragebogens für jüngere Kinder besteht diese hohe Beziehung. Zu dem Fragebogen für Verhaltensstörungen ist festzustellen, daß die 20 Familien > C 50 im QRS mit 58,6 % an der Gesamtzahl der Verhaltensauffälligkeiten an dem Fragebogen von Schmidtchen beteiligt sind. Mit einem λ^2=7,9 bei df=1 unterscheidet sich die N=20 'Problemgruppe' statistisch sehr bedeutsam von der Restgruppe in Richtung auf mehr Verhaltensstörungen.

Zusammenfassung:

Die Ergebnisse des QRS zeigen, daß dieses Meßinstrument geeignet ist, die Probleme in Familien mit chronisch kranken Kindern zu beschreiben. Die Validität des Instrumentes ergibt sich auch aus den hohen Interkorrelationen mit den anderen Informationsträgern. Auch nach dem QRS ist davon auszugehen, daß die Art der Krankheit insgesamt zumindest bei diabetischen und onkologischen Familien keine spezifisch unterschiedlichen psychischen Probleme bedingt, von krankheitsspezifischen Belastungen abgesehen, z.B. körperliche Beeinträchtigung bei Körperbehinderung. Der QRS trennt Familien mit extremen Problemen von anderen Familien, welche die Belastungen der Krankheit gelassener ertragen können.
Diese Trennschärfe des QRS wird bestätigt durch eine Faktorenanalyse der Interviewmerkmale für die Gruppe der N=20 'Problemfamilien' nach dem QRS. Nach den Ergebnissen des QRS ist davon auszugehen, daß die objektiv belastende Situation durch die Krankheit des Kindes, z.B. Klinikaufenthalt des Kindes, zeitlicher Aufwand der Eltern für die Besuche des Kindes im Krankenhaus etc. bei der Ausbildung von Problemen in den Familien langfristig keine übermäßig erlebte Bedeutung zukommt, daß dagegen inter- und intrapsychische Faktoren eine zentrale Bedeutung erhalten.
Zentrale Bedeutung für die Ausbildung psychodynamischer Auswirkungen chronischer Krankheit erhält dabei der Faktor

Kommunikation und Verständigung in der Familie über das konflikthafte Ereignis Krankheit des Kindes. Psychodynamische Reaktionen auf das Ereignis an sich können nicht prognostiziert werden. Sehr viel eindeutiger kann nach den vorliegenden Ergebnissen das Auftreten konflikthafter psychodynamischer Auswirkungen vorhergesagt werden für den Fall, daß die Familienmitglieder versuchen nicht über das Problem zu kommunizieren, die Verantwortung an ein Familienmitglied zu delegieren oder zur Problembewältigung aus dem Felde zu gehen.

6.5. Mütterfragebogen

Die "Variablen des sozialen Kontextes" wurden mit dem Mütterfragebogen erfaßt. Ein hoher Wert in dem MF indiziert (anders als beispielsweise im Interview oder QRS) geringe Belastungen des sozialen Kontextes, ein niedriger Wert sehr hohe Belastungen. Der geringste Wert der Belastung des sozialen Kontextes für die Gesamtgruppe beträgt 45 x 30 = 1350, der höchste Wert 0.
Von diesen maximal möglichen f=1350 erreicht die Gesamtgruppe einen Wert von 952 ($\bar{X}$=21,15, s=2,67, s^2=7,17). Davon entfallen auf die Mütter diabetischer Kinder 481 ($\bar{X}$=20.9, s=2,76, s^2=7,62), auf die Mütter der onkologischen Kinder 471 ($\bar{X}$=21,40, s=2,63, s^2=6,91). Der Unterschied zwischen den Müttern diabetischer und onkologischer Kinder ist mit einem λ^2=0,18 (df=1) statistisch nicht bedeutsam. Auf eine weitere Interpretation der Unterskalen des MF sei wegen der geringen Itemanzahl in den Skalen (1 - 5) und der geringen Häufigkeiten in den einzelnen Skalen verzichtet.
Ein Vergleich der nach dem QRS extrahierten 20 'Problemfamilien' mit den anderen Familien ergibt im MF keine statistisch bedeutsamen Unterschiede (λ^2=0,02, df=1), d.h. die Summe der Bedingungen, Auslöser, diskriminativen

Reize, Verstärker der sozialen Umwelt und der sozialen Interaktionen der Mutter, die Kooperativität wahrscheinlich bzw. unwahrscheinlich machen, ist zwischen den Müttern der Problemfamilien und den Müttern der anderen Familien nicht unterschiedlich. Es fällt auf, daß die Familien mit den extremsten Problemen auch nach dem Interview und dem QRS im Mütterfragebogen hohe Belastungswerte haben; diese 6 Familien haben die geringsten (auffälligsten) Werte im MF. Darüber hinaus differenziert der MF offensichtlich nicht zwischen den Familien, so daß zu vermuten ist, daß der Mütterfragebogen als Diagnostikum von Problemen des sozialen Kontextes nicht hinreichend trennscharf ist, oder der soziale Kontext tatsächlich nicht unterschiedlich ist oder das Ergebnis des MF durch den Faktor "soziale Erwünschtheit" beeinflußt wird. Dieses Ergebnis wird auch durch die Korrelation des MF mit anderen Informationsträgern der Untersuchung bestätigt, wie der Tabelle 28 zu entnehmen ist.

Tabelle 28: Matrix der Korrelationen (Interview, QRS, Fragebogen für Verhaltensstörungen, Mütterfragebogen)

	Interview	QRS	Verhaltensst.	MF
Interview		.92	.47	-.23
QRS			.62	-.33
Verhaltensst.				-.33
MF				

Es zeigt sich nach den Interkorrelationen, daß der MF wohl statistisch bedeutsam mit dem QRS und dem Fragebogen von Schmidtchen korreliert, die Korrelationen aber doch deutlich niedriger sind als die Korrelationen der anderen Informationsträger untereinander. Auch dieses Ergebnis berechtigt zu der Annahme, daß der Mütterfrage-

bogen über die ganze Gruppe hinweg weniger valide die Probleme der Mütter im Umgang mit dem kranken Kind beschreibt als die anderen Verfahren. Der Grund könnte darin zu sehen sein, daß die Ablehnung von Kooperation durch die Mutter bei der Behandlung des Kindes als sozial unerwünschtes Verhalten identifiziert und deshalb abgelehnt wird, so daß das Ergebnis des Mütterfragebogens sehr stark durch den Faktor der sozialen Erwünschtheit beeinflußt sein kann. Unter diesem Gesichtspunkt sind die hohen Belastungswerte der 6 Familien mit extremen Problemen interessant. Diesen Müttern ist evtl. die Möglichkeit einer Veränderung des Ergebnisses im Mütterfragebogen durch die Variable der sozialen Erwünschtheit nicht mehr gegeben. Dieses kann gedeutet werden als extremer Appell an die Umwelt nach Hilfe oder Ausdruck tiefer Beziehungsstörung zu dem Kind, die nicht mehr geleugnet werden soll. Bei Berücksichtigung dieses Aspektes kommt dem Mütterfragebogen insofern eine besondere Bedeutung zu, als er extrem belastete Mütter, welche die feindselige Haltung zu dem Kind eventuell nicht mehr verbergen wollen oder können, von anderen Müttern zu trennen in der Lage ist.

Zusammenfassung:

Chronische Krankheit im Kindesalter kann für Mütter Bedingung, Auslöser, diskriminativer Reiz, Verstärker der sozialen Umwelt und der sozialen Interaktionen sein, welche Kooperativität der Mutter bei der Behandlung des Kindes wahrscheinlich bzw. unwahrscheinlich macht. Die durch den Mütterfragebogen erfaßte Belastung wird als Kooperativitätskontext bezeichnet. Der Kooperativitätskontext ist nicht verschieden zwischen Müttern diabetischer und onkologischer Kinder und auch nicht verschieden zwischen Problemfamilien und anderen Familien. Der Kooperativitätskontext zeigt aber erhöhte Werte in den

Familien, die auch in anderen Untersuchungen als extreme Problemfamilien auffällig werden. Über die Extremfamilien hinaus differenziert der Mütterfragebogen nicht zwischen belasteten und weniger belasteten Familien im Urteil der Mütter nach dem Mütterfragebogen. Dieses kann dahingehend gedeutet werden, daß der Mütterfragebogen entweder soziale Erwünschtheit miterfaßt, nicht hinreichend trennscharf ist oder daß chronische Krankheit im Kindesalter tatsächlich nicht in dem Maße zu einer Veränderung des sozialen Kontextes führt wie zu erwarten war. Dieses Ergebnis ist auch in Beziehung zu setzen zu den Ergebnissen des soziographischen Fragebogens. Auch nach diesem kann davon ausgegangen werden, daß chronische Krankheit im Kindesalter nicht zwingend zu einer soziographisch beschreibbaren Veränderung des sozialen Umfeldes führt.

7. Zusammenfassende Diskussion der Ergebnisse

Als zentrales Ergebnis der Untersuchung ist festzustellen, daß die psychodynamischen Auswirkungen chronischer Krankheit im Kindesalter auf das den Kindern nahe Sozialisationsklientel weder symptomatisch, syndromatisch noch nosologisch als notwendige Reaktion auf die Krankheit eines Kindes zu beschreiben, prognostizieren und diagnostizieren sind. Chronische Krankheiten im Kindesalter an sich ist keine hinreichende Bedingung für das Erleben extremer Belastung durch die Familienmitglieder. Damit steht das Ergebnis dieser Untersuchung im Gegensatz zu Berichten in Sammelreferaten, in denen extreme familiäre Belastungen als nahezu notwendige Reaktion dargestellt werden (Steinhausen, 1975; Koupernik, 1974; Harbauer, 1979). Es drängt sich die Vermutung auf, daß bei diesen Untersuchungen singuläre Erscheinungen über selektive Wahrnehmungsprozesse eine unzulässige Generalisierung erfahren haben, der Einzelfall für das Generelle gehalten wird. Andererseits zeigt diese Untersuchung auch, daß die Auswirkungen einer chronischen Krankheit nicht nach einem "Alles-oder-Nichts-Prinzip" zu verstehen sind, sondern nach einem Prinzip des "Mehr-oder-Weniger". Sicherlich hat eine chronische Krankheit eines Kindes Auswirkungen auf die Familie; alleine schon die initiale Schockreaktion ist bereits eine solche. Auch darüberhinaus sind Auswirkungen erkennbar: die Dynamik der Beziehungen wird verändert, die Familie ist zur Neuorientierung gezwungen etc.. Es kann aber sicherlich davon ausgegangen werden, daß dieser Prozeß in vielen Familien ein schleichender ist, die Veränderungen sich nur graduell vollziehen und der Kontrast zu einem früheren Zustand nur gering ist. Dieser Kontrast wird von den Familien offensichtlich nicht grundsätzlich als durch die Krankheit des Kindes verursacht wahrgenommen und als belastender Konflikt erlebt, oder wenn die Belastung wahrgenommen wird, so stehen den

Familien Bewältigungsstrategien zur Verfügung, welche die Konfliktbewältigung ermöglichen. Dabei ist die Art der Bewältigungsstrategie entscheidend für Gelingen oder Nichtgelingen der Konfliktlösung: "Der jeweils subjektiven Einschätzung einer Situation als mehr oder weniger belastend entsprechen inter- und intraindividuell variierende Bewältigungsstrategien, wie sich in Untersuchungen zur psychischen Verarbeitung verschiedenster Belastungssituationen herausstellte" (Kipnowski und Schumacher, 1981). Chronische Krankheit im Kindesalter bedingt demnach nicht schicksalhaft subjektiv erlebte Belastung des den Kindern nahen Sozialisationsklientel; die Bewältigungsstrategien ermöglichen den Familien die Integration der Krankheit des Kindes in den dynamischen Familienprozeß und damit die Vermeidung oder Bewältigung eines Konfliktes. Unter diesem Gesichtspunkt kann für die vorliegende Untersuchung davon ausgegangen werden, daß einem großen Teil der 45 untersuchten Familien diese Integration mit Hilfe von Bewältigungsstrategien gelungen ist, und daß diese auf einem Kontinuum des "mehr-oder-weniger guten Gelingens" derart beschreibbar sind, daß die objektiv belastende Situation subjektiv als nicht belastend erlebt wird. An dieser Stelle sei noch einmal darauf hingewiesen, daß in der Untersuchung nicht 20 'Problemfamilien' extrahiert wurden, sondern daß diese 20 Familien willkürlich durch die Bestimmung oberhalb des fünfzigsten Zentils gewonnen wurden, um über diese Gruppe Aussagen über Bedingungen zu erhalten, welche Belastung wahrscheinlich werden lassen im Vergleich zu Familien, die in dem QRS unterhalb des fünfzigsten Zentils liegen.

Kipnowski und Schumacher (1981) unterscheiden fünf Bewältigungsstrategien:

1. Defensive Daseinstechniken (z.B. Wahrnehmungswehr)
2. Evasive Daseinstechniken (z.B. Hinausgehen aus dem Spannungsfeld; Meiden angsterregender Situationen;

Tendenz, andere Personen oder Umstände für eigene Verhaltensweisen und Schwierigkeiten verantwortlich zu machen; Rationalisieren; Intellektualisieren etc.)

3. Techniken der Autoplastischen Anpassung (z.B. Einbeziehen von Grenzen in den subjektiven Lebensraum; Zurückstellen eigener Bedürfnisse; Anpassung an die Eigenheiten und Bedürfnisse anderer; Hoffnung auf eine äußere Wende (in einer durch eigene Bemühungen kaum veränderbaren Situation); Positive Umdeutung; Ausdrückliches Bejahen (einer Situation) etc.)
4. Techniken der alloplastischen Anpassung (Techniken der Leistung; z.B. Kognitive Leistungstechniken im Sinne von Kenntniserwerb, Kenntniserweiterung, Informationssuche; Selbstreflexion; Attentive Leistungstechniken; Eigenbezogene direktive Leistung; Umweltbezogene direktive Leistung etc.)
5. Assertive und aggressive Techniken (z.B. Sich zur Wehr setzen und/oder sich gegen Widerstand behaupten; Abwertung von Personen und Institutionen etc.).

Dieser Einteilung der Bewältigungsstrategien folgend kann nach der vorliegenden Untersuchung davon ausgegangen werden, daß Familien mit chronisch kranken Kindern, in denen alloplastische und/oder autoplastische Anpassungsstrategien durch assertiv-aggressive, defensive und evasive Anpassungsstrategien ersetzt sind, die subjektiv erlebte Belastung der Krankheit bedeutsam zunimmt. In der Terminologie der vorliegenden Arbeit sind assertiv-aggressive, evasive und defensive Bewältigungsstrategien beschreibbar als die Unmöglichkeit der Ehepartner zur Kommunikation über das gemeinsame Schicksal, das Aus-dem-Felde-gehen der Väter und deren Verweigerung der Mitarbeit, deren Meidung angsterregender Situationen (Meiden der regelmäßigen Klinikkontrollen etc.), Abschieben der Verantwortung an die Ehefrau bei gleichzeitiger verminderter

Akzeptierung ihrer Ängste und Unsicherheiten durch Bagatellisieren. Mit zunehmender Unsicherheit der Väter in der autoplastischen und alloplastischen Anpassung nehmen die Probleme in den Familien zu.
Im Gegensatz zu den Vätern problembelasteter Familien gelingt den Müttern die autoplastische Anpassung (Zurückstellen eigener Bedürfnisse, Anpassung an die Erfordernisse der Krankheit) offensichtlich so ausreichend, daß diese bereits als Belastung (psychisch und physisch) erlebt wird, während die Möglichkeit zur alloplastischen Anpassung eingeschränkt scheint. Die Distanzierung von der Situation über kognitive Leistungstechniken scheint den Müttern größere Schwierigkeiten zu bereiten. Da die Selbstreflexion nicht gelingt, zeichnen sich auch keine Handlungsperspektiven zur Überwindung der Situation ab. Eine propulsive Konfliktbewältigung im Sinne alloplastischer Anpassung wird somit unmöglich, während die regressive Bewältigungsstrategie als autoplastische Konfliktlösungsmöglichkeit zur Verfügung steht.
An dieser Stelle bietet sich die Diskussion der Hypothesen an.

Nach dem Ergebnis der Untersuchung ist die Hypothese 1 zu verwerfen: Die psychologische Situation der Familie ändert sich nicht zwangsläufig unter dem Einfluß chronischer Krankheit eines Kindes dahingehend, daß die Veränderung soziographisch oder psychologisch beschreibbar wird oder gar zu einen konflikthaften Ereignis wird. Die psychologische Situation der Familie ändert sich erst dann in eine negative und konflikthafte Richtung, wenn chronische Krankheit im Kindesalter dazu führt, die Verantwortung für die Versorgung des kranken Kindes an ein Familienmitglied - in der Regel die Mutter - zu delegieren. Die Bedürfnisse dieser Person befinden sich damit evtl. in einem Zustand mangelnder Bedürfnisbefriedigung. Diese mangelnde Bedürfnisbefriedigung wird als intervenierende Variable wirksam und führt zu einer Ver-

änderung der Familiensituation (Hypothese 2). Im unmittelbaren Zusammenhang damit steht die Hypothese 3. Der Raum freier Bewegung dieser Person wird von der Gruppe nicht akzeptiert. In Familien, in denen der Raum der freien Bewegung einer Person durch Delegation von Verantwortung für das Kind durch die anderen Gruppenmitglieder eingeschränkt wird, ist eine negative konflikthafte Veränderung des Familienprozesses zu prognostizieren.

Die Hypothese 4 betrifft die Art der Krankheit. Der Diabetes eines Kindes läßt Familien mehr Möglichkeiten zu konstruktiver Mitarbeit als die onkologische Erkrankung eines Kindes. Das Wohlbefinden des diabetischen Kindes ist in hohem Maße davon abhängig, wie die regelmäßige Versorgung des Kindes eingehalten werden kann (Diät, Injektionen etc.). In diesem Sinne ist die Rolle der Familie bei der Behandlung eines diabetischen Kindes aktiver als die Rolle bei der Behandlung eines onkologischen Kindes, wo die Abhängigkeit von dem behandelnden Ärzteteam bewußter erlebt werden muß. In diesem Sinne nimmt die Möglichkeit der Familie zu konstruktiver Mitarbeit einer onkologischen Krankheit im Vergleich zur diabetischen Krankheit ab. Die äußere Barriere kann durch Familienprozesse nicht beseitigt werden. Im Vergleich zu Familien mit einem diabetischen Kind wird diese Barriere offensichtlich als stärker erlebt: die Barriere wird in Familien mit einem onkologischen Kind als stärker belastend erlebt; die psychodynamischen Auswirkungen sind höher als in Familien mit diabetischen Kinder.

Die Hypothese 5 bezieht sich wieder in stärkerem Maße auf Familieninteraktionen. Hier wäre die gemeinsame Bewältigung des konflikthaften Ereignisses "chronische Krankheit" als gemeinsames Ziel zu nennen. Familien, in denen die Gruppenmitglieder differierende Ziele in der Art haben, daß die Väter aus dem Felde gehen und die

Bewältigung des Problemes Krankheit des Kindes an den Ehepartner delegieren, haben mehr Probleme als andere Familien.

Die von Lewin formulierten Anlässe für Spannungen in Gruppen werden für die vorliegende Untersuchung in vollem Umfang bestätigt. Das spezifische Ereignis 'chronische Krankheit' führt nicht zwangsläufig zu einem Konflikt in den Familiengruppen. Die den Familien zur Verfügung stehenden Bewältigungsstrategien erzeugen ein Spannungsniveau und eine soziale Atmosphäre in der Gruppe, welche spezifische psychodynamische Auswirkungen wahrscheinlich bzw. unwahrscheinlich werden lassen. Die konflikterzeugenden Bedingungen in Familien mit chronisch kranken Kindern unterscheiden sich damit nicht von anderen Familiengruppen. Die chronische Krankheit des Kindes ist somit als Anlaß für spezifische Spannungen zu verstehen, nicht als entscheidende Ursache. Chronische Krankheit führt als Feldkraft somit nicht determinierend sondern nur probabilistisch zu einem Gruppenkonflikt. Das Ereignis "chronische Krankheit eines Kindes" wird zu einem konflikthaften Ereignis, wenn die kognitiven dynamischen Faktoren der Gruppenmitglieder eine Umstrukturierung des Feldes nicht zulassen in der Art, daß die Familienmitglieder sich der Transaktionen bewußt werden und diese verändern.
Wir können somit zusammenfassen: das schicksalhafte Ereignis "Chronische Krankheit" an sich bedingt keine objektivierbaren psychodynamischen Auswirkungen auf das Sozialisationsklientel. Die chronische Krankheit des Kindes führt wohl zu einer Krisensituation, welche Angst, Unsicherheit etc. erleben lassen. Diese Reaktionen sind von dem unmittelbaren Krankheitsstatus des Kindes abhängig und tauchen mit einer Verschlechterung der Situation des Kindes auf und verlieren sich mit der Besserung des Zustandes. Darüber hinaus ist die den Angehörigen des Sozialisationsklientels eigene Bewältigungs-

strategie zur Lösung konflikthafter Ereignisse die zentrale Variable, über welche sich die weiteren Auswirkungen bestimmen, wobei die weiteren Auswirkungen sowohl positiv als auch negativ sein können. Alloplastische und autoplastische Bewältigungsstrategien zur Vermeidung von Konflikten führen offensichtlich zur Integration von Krankheit des Kindes in den dynamischen Familienprozeß, zu Vertiefung personaler Beziehungen, harmonischer Gestaltung von Familienprozessen und Annäherung der Gruppenmitglieder. Gerade dieser Prozeß dürfte aber schleichend sein und von den Gruppenmitgliedern - wegen des fehlenden Kontrastes- als durch die Krankheit ausgelöster positiver Prozeß nicht wahrgenommen werden; die Objektivierung dieser positiven Auswirkung dürfte damit wissenschaftsmethodisch auch nahezu unmöglich sein. Unter gestalttheoretischen Gesichtspunkten ist verständlich, daß die Familien ihr Augenmerk nicht auf diese insgesamt gut gestaltete Familiensituation richten, das diese sich nicht in einem Zustand der Spannung befindet und nach Lösung drängt. So betrachtet ist bei diesen Familien die teleologisch-zielgerichtete Umstrukturierung der Gegenstandsmerkmale auf einen prägnanten Endzustand hin als gelungen zu bezeichnen. Es sind probabilistische Gelegenheiten für nachfolgendes Verhalten entstanden, welche eine akzeptierte Konfliktlösung ermöglichen.

Die Auswirkungen chronischer Krankheit eines Kindes erhalten nach den Ergebnissen der Untersuchung dann eine negativ erlebte Auswirkung, wenn mindestens eine primäre Bezugsperson des Kindes defensive, evasive oder assertiv-aggressive Bewältigungsstrategien zur Konfliktlösung einsetzt. Diese offensichtlich den Vätern der Untersuchungsstichprobe bevorzugt zur Verfügung stehende und von ihnen eingesetzte Strategie läßt die chronische Krankheit übermäßig konflikthaft werden. Im Sinne der Kommunikationstheorie Watzlawicks u.a. (1969) wird die chronische Krankheit offensichtlich erst durch den Versuch eines oder

mehrerer Gruppenmitglieder, über das Problem nicht zu kommunizieren, konflikthaft erlebt. Dadurch entsteht eine Diskrepanz in der Interpunktion der Ereignisfolgen als Ursache eines Beziehungskonfliktes. Es ist dann naheliegend, diesen intra- und interpsychisch bedrohenden Konflikt hinauszuverlegen in die Außenwelt. Der Konflikt wird abwehrend in die Objektwelt projiziert, so daß das Objekt (hier: Krankheit des Kindes) das Problem besitzt. Damit werden die subjektiven Qualitäten als Quasi-"Hypothesen" in die äußeren Dinge verlagert und mit den objektiven Informationen (hier: der Krankheitsbelastung) verschmolzen (Piel, 1980). Die Krankheit des Kindes erfährt dadurch Valenzen, die der Krankheit nicht zwangsläufig implizit sind. Der Vorgang des Übertragens subjektiver Qualitäten auf das bereits vorhandene Objekt in dem Sinne, daß das Objekt "Krankheit" eine Merkmalsänderung durch Besetzung mit subjektiven "Valenzen" erfährt, die es im Anfangszustand nicht besaß, ist nach Piel als Prozeß der Objektion zu schreiben, in diesem Fall als emotionale Objektion. "Bei vornehmlich emotionalen Umgehen mit Objekten werden qualitative Merkmale von Gefühlen, Affekten etc. auf den Verhaltensgegenstand übertragen. Er wird uns sympathisch, wenn wir wiederholt angenehme Tätigkeiten an ihm ausübten und umgekehrt unsympathisch, mißfallend, unlustbetont durch unangenehme Tätigkeiten" (Piel, 1980, S. 52). Danach dürften Konflikte eigentlich dann nicht auftreten, wenn die von den Eltern unterstützte und mitverantwortete medizinisch notwendige Manipulation an dem Kind erfolgreich verläuft. Es ist aber gerade ein Ergebnis der Untersuchung, daß unabhängig von dem Erfolg der medizinischen Behandlung und der Schwere der Krankheit, Dauer etc. die Konflikte, Probleme, Unsicherheiten, Ängste etc. fortbestehen. Von der medizinisch objektivierbaren Schwere der Erkrankung ist gerade keine Prognose hinsichtlich der psychodynamischen Auswirkungen zu stellen; es gibt Kinder mit extremer Krankheitsbela-

ctung, deren Familien nicht zu den Problemfamilien zählen, andererseits sind Familien mit medizinisch relativ unproblematischen Kindern extrem problembelastet im Hinblick auf die psychodynamischen Auswirkungen. Damit kann sich die Tätigkeit an dem Objekt nicht nur auf die medizinisch notwendige Manipulation beschränken. Bei einer Erweiterung des Objekts um die Dimension "Verständigung über die Krankheit" führt die mangelnde Verständigung zwischen den Partnern über die Krankheit zu einer unangenehmen Tätigkeit an dem Objekt und läßt dieses unsympathisch, mißfallend, unlustbetont werden, so daß die Valenzen dem Objekt zugeschrieben werden. Gerade dadurch wird aber die Entstehung einer "guten Gestalt" verhindert; der Konflikt ist offen und drängt fortwährend nach einer Lösung. Wegen der Unfähigkeit der Partner zur Verständigung über das Problem ist die Konfliktlösung nicht möglich. Dabei handelt es sich bei dem abwehrenden Elternteil vermutlich vorrangig um einen Aversions-Appetenzkonflikt, bei dem abgewehrten Partner (der eigentlich kommunizieren möchte) um einen Aversions-Aversions-Konflikt. Zu der äußeren Versagung durch die Krankheit des Kindes treten somit innere, konfliktverstärkende Versagungen hinzu. Die allgemeine Kenntnis über die mannigfachen psychodynamischen Auswirkungen derart ungelöster Konflikte (Piel, 1982) wird auch in der vorliegenden Untersuchung bestätigt, wobei aber eine spezifische psychodynamische Reaktion hinsichtlich Art, Intensität und Auswirkung zu verneinen ist. "Art, Intensität und Richtung der Auswirkungen aller ungelösten Konflikte (= abhängige Effektvariable) sind immer - wie die Gestalttheorie in feldtheoretischem Sinne lehrt - je eine Funktion zwischen ihrer objektiven Stärke (= unabhängige Variable), der Persönlichkeitsstruktur und Stabilität des Induzierten (Betroffenen) und den Valenzen der aktuell erlebten Situation (= intervenierende Wirkvariable)" (Piel, 1982, S. 56 d).

Diese theoretischen Aspekte erklären dennoch nicht hinreichend die interindividuell unterschiedlich erlebte Auswirkung chronischer Krankheit eines Kindes, sie lassen keine Aussage zu, weshalb das gleiche Schicksal zu unterschiedlichen - empirisch belegbaren - Auswirkungen führt.
Sind es internalisierte Rollen, welche zwischen den Eltern zufriedenstellende Konfliktlösung verhindern? Im Sinne einer Rollentheorie (Sader, 1969) können die von einem männlich-dominanten Partner ausgehenden Transaktionen den weiblich-submissiven Partner überfordern und damit das Problem überwertig werden lassen. Es ist zu vermuten, daß Partner mit extremen internalisierten geschlechtsspezifischen Rollen unterschiedliche - symmetrische Kommunikation verhindernde - Bewältigungsstrategien einsetzen. Fassen wir diese internalisierten Rollen als Eigenschaften auf, so stellt sich das Problem wieder als ein differentialpsychologisches dar: Steinhausen (1975) verneint insgesamt ein spezifisches Persönlichkeitsprofil zwischen Eltern kranker und gesunder Kinder. Es stellt sich die Frage nach der Zweckmäßigkeit dieser Fragestellung. Aus der Perspektive der vorliegenden Untersuchung stellt sich das Problem anders dar: unterscheiden sich die Persönlichkeitsprofile von Eltern der Problemfamilien von denen, welche die Krankheit des Kindes als weniger belastend erleben? Die vorliegende Untersuchung trifft dazu keine Aussagen, die Fragestellung ist jedoch aus der vorliegenden Untersuchung zu entwickeln. Den Ergebnissen einer allgemeinen Neurosentheorie folgend stellt sich die Frage, ob die Eltern extrem problembelasteter Familien durch eine neurotische, psychopathologisch auffällige Partnerbeziehung zu kennzeichnen sind in der Art, daß der weibliche, in einer Kindrolle verhaftete Partner eine männlich-dominante (autokratische) Elternfigur gesucht und gefunden hat. Beim Rückzug die-

ses männlichen "Elternersatzpartners" bei dem Ereignis chronische Krankheit eines Kindes, d.h. Verweigerung der dominanten Elternrolle, verändert sich die asymmetrische Kommunikationsstruktur in eine andere, die Mutter belastende asymmetrische Kommunikationsstruktur derart, daß der submissiven Mutter jetzt eine partielle dominante Rolle zugewiesen wird. Die durch die ursprüngliche Kommunikationsstruktur bedingten Defizite in der aktiven Auseinandersetzung mit dem sozialen Umfeld dürften dann für die Mutter eine situations- und realitätsbezogene Konfliktbewältigung unmöglich machen.
Auch unter Berücksichtigung dieser psychologischen Theorie ist differentialpsychologisch der Vergleich der Persönlichkeitsstrukturen von Eltern der problembelasteten mit denen von Eltern weniger belasteter Familien zu fordern. Die ausschließlich differentialpsychologische Sichtweise birgt dabei jedoch die Gefahr in sich, das Problem in die Person hineinzuverlagern. Damit würde jedoch gegen die Erkenntnis der Feldtheorie verstoßen, daß jeder psychologische Vorgang aus der Gesamtheit der wirksamen Momente zu betrachten ist. Die wirksamen Momente bestehen aus der handelnden Person (P) und ihrer Umgebung (U); jedes Verhalten ist als eine Funktion von beiden anzusehen:
$V = f(P,U)$. Mit der vorliegenden Untersuchung wird die familiäre Umgebung eines chronisch kranken Kindes beschrieben. Es wurden die Bedingungen analysiert, die dieses familiäre Umfeld als Folge chronischer Krankheit eines Kindes verändern. Die Untersuchung liefert keine differentialpsychologischen Ergebnisse. Im Sinne einer ganzheitlichen Betrachtung des Gegenstandes "chronische Krankheit im Kindesalter und familiäres Umfeld" eröffnen sich damit Fragestellungen für weiterführende Untersuchungen.
Es bleibt zum Schluß die Frage nach der Absicherung der gewonnenen Ergebnisse.
Unter Berücksichtigung eines Ansatzes der klassischen Testtheorie können die Ergebnisse als nicht hinreichend

gesichert gelten. Gerade diesem meßtheoretischen Ansatz wollte die vorliegende Untersuchung aber auch nicht folgen. Es handelt sich nicht um eine eigenschaftspsychologische Fragestellung, sondern um eine situations- und rollenspezifische Fragestellung.
Diese ist komplex und mit den Verfahren der klassischen Testtheorie nicht zu bearbeiten, das Reliabilitäts-Validitäts-Dilemma beschreibt dieses.
Die vorliegende Untersuchung wollte eine Situation in Familien mit chronisch kranken Kindern zum Zeitpunkt t 1 analysieren. Im Zeitpunkt t 2 kann die Situation der Familien eine gänzlich andere sein, und bei der vorliegenden Untersuchungsgruppe ist sie es bereits mit zwei verstorbenen Kindern und drei Kindern in einem präfinalen Zustand. Die vorliegende Untersuchung wollte auf Beobachtungsdaten basierend Bedingungen analysieren, die in Familien mit derartigen Ereignissen zu psychodynamischen Auswirkungen führen. In diesem Sinne können die Ergebnisse hypothesenbildend sein in der Art, daß auch in anderen Untersuchungsgruppen mit vergleichbaren Ereignissen die Ergebnisse der Untersuchung wiederholt und in ihrer Tendenz bestätigt werden können. Der Schwerpunkt liegt hier auf dem Wort Tendenz. Es war nicht Ziel der Arbeit Häufigkeiten und Prozente zu bestimmen. Es war Ziel der Untersuchung methodisch gesichert die Bedingungen zu beschreiben, die im Zusammenhang mit "Chronischer Krankheit im Kindesalter" psychodynamische Auswirkungen bei dem den Kindern nahen Sozialisationsklientel bedingen.

8. Gesamtzusammenfassung

Mit der vorliegenden Untersuchung sollten die psychodynamischen Auswirkungen chronischer Krankheit im Kindesalter auf das den Kindern nahe Sozialisationsklientel untersucht werden.
Nach der Literatur ist davon auszugehen, daß chronische Krankheit im Kindesalter auch im statistischen Sinne kein seltenes Ereignis ist.
Über die medizinischen Aspekte hinaus wird in der psychologischen Literatur die Persönlichkeit des kranken Kindes untersucht, die Auswirkungen der chronischen Krankheit auf die Eltern und Geschwister der Kinder.
Im Literaturüberblick konnte gezeigt werden, daß die entsprechende Literatur zu einem großen Teil dem derzeitigen Stand methodischer Forschung der Psychologie nicht genügt. Singuläre Erscheinungen werden vielfach unzulässig für das Generelle gehalten. Ein großer Teil der Literatur ist deshalb ohne spezifische Aussagekraft, die psychosoziale Dimension chronischer Krankheit im Kindesalter muß zur Zeit als nicht hinreichend untersucht angesehen werden.
Nach der derzeitigen Literatur kann von einer spezifischen Persönlichkeitsstruktur chronisch kranker Kinder sowohl in der kognitiven als auch in der affektiven Dimension nicht ausgegangen werden. Das gleiche gilt für die Auswirkungen der Krankheit auf die Bezugspersonen der Kinder, in diesem Falle Eltern und Geschwister.
Eine einheitliche Persönlichkeitsstruktur der Eltern ist nach der vorliegenden Literatur ebenfalls zu verneinen, desgleichen lassen sich keine spezifischen Reaktionsformen der Geschwister nachweisen.

Es wurde in der Untersuchung der Frage nachgegangen, ob eine Fragestellung der differentiellen Psychologie zur Untersuchung des Gegenstandes sinnvoll ist, und ob die Kriterien der klassischen Testtheorie bei der Untersuchung des Gegenstandes wissenschaftsmethodisch ihre

volle Berechtigung finden. Dem Ansatz der klassischen Testtheorie wurde ein rollen- und situationsspezifischer Ansatz gegenübergestellt und der Bedeutung dieses Ansatzes für die vorliegende Fragestellung nachgegangen. Von dieser Diskussion ausgehend wurde für die vorliegende Untersuchung einer feldtheoretischen Perspektive der Vorzug gegeben. Dieses bedeutet die Untersuchung der Fragestellung unter einem mehr gruppenpsychologischen Aspekt. Unter diesem Aspekt wurden aus der Feldtheorie Kurt Lewins Fragestellungen und Hypothesen entwickelt.
Im Sinne der Gruppenpsychologie Kurt Lewins wurde der Frage nachgegangen, ob chronische Krankheit im Kindesalter eine hinreichende Kraft für Veränderungen von Familiengruppen ist. Zur Untersuchung dieser Fragestellung wurden Verfahren verwendet, welche die Situation in der Familie gültig beschreiben können. Dieses waren ein Interview der Eltern, das 'Questionnaire on Resources and Stress' von Holroyd (1974), der 'Fragebogen für Verhaltensstörungen' von Schmidtchen u.a. (1974), der 'Mütterfragebogen' und der 'Soziographische Fragebogen' von Innerhofer und Warncke (1977).
Mit diesem Methodeninventar wurden 45 Familien untersucht, von denen 23 ein tumorkrankes und 22 ein an Diabetes erkranktes Kind in ihrer Familie haben.
Die statistische Analyse der mit den Verfahren gewonnenen Daten läßt eine eindeutige soziographische Auffälligkeit der Familien nicht erkennen. Die Familien sind mit soziographischen Variablen nicht hinreichend von anderen Familien unterschieden, es zeigt sich lediglich eine erhöhte Tendenz zur Konfliktbewältigung mit Hilfe von Alkohol und Tabletten.
Eine spezifische psychodynamische Reaktion der Familien auf die chronische Krankheit des Kindes ist nach der vorliegenden Untersuchung nicht zu diagnostizieren und prognostizieren. Grundsätzlich ist davon auszugehen, daß eine chronische Krankheit eines Kindes in einer Familie

nicht zu spezifischen negativ erlebten psychodynamischen Auswirkungen führt.
Aus der Untersuchung ist nicht zu erkennen, ob oder wie weit die chronische Krankheit eines Kindes zu einer besonderen Harmonisierung des Familienlebens beiträgt.
Mit der vorliegenden Untersuchung werden die Bedingungen beschrieben, die das Ereignis 'Chronische Krankheit' zu einem Gruppenkonflikt werden lassen.
Chronische Krankheit eines Kindes ist keine hinreichende Bedingung für eine Veränderung des Gruppenprozesses. Eine zentrale Bedeutung für die Ausbildung negativ erlebter Belastung als Folge der Krankheit erhält die Bewältigungsstrategie in den Familien.
Die der Familie zur Verfügung stehenden Bewältigungsstrategien sind entscheidend für die Ausbildung psychodynamischer Auswirkungen. Es kann in der Untersuchung gezeigt werden, daß die von Lewin genannten Anlässe für Spannungen innerhalb von Gruppen in vollem Umfang für die Familien chronisch kranker Kinder gelten. Die aus der Feldtheorie Kurt Lewins entwickelten Hypothesen zur Ausbildung von Gruppenkonflikten werden in der vorliegenden Untersuchung bestätigt. Ob das Ereignis chronische Krankheit zu einem Familienkonflikt führt, hängt nicht entscheidend von der Art der Krankheit ab, sondern von dem allgemeinen Spannungsniveau und der sozialen Atmosphäre in der Gruppe.

Literaturverzeichnis

Amelang, M.: Leistungstests.
Psycholog. Inst. der Univers. Hamburg, o.J.

Anger, H.: Befragung und Erhebung.
In: Graumann, C.F.(Hrsg.): Handbuch der Psychologie, Bd. 7/1, S. 567-618
Göttingen: Hogrefe 1969

Anthony, E.J.: Introduction: The Syndrome of the Psychologically Vulnerable Child.
In: Anthony, E.J. u. C. Koupernik (Hrsg.): The Child in his Family: Children at Psychiatric Risk.
New York, London, Sydney, Toronto: Wiley u. Sons, 1972

Anthony, E.J. u. C. Koupernik (Hrsg.): The Child in his Family: The Impact of Disease and Death, S. 3-20
New York, London, Sydney, Toronto: Wiley u. Sons, 1973

Auer, E.T., A.G. Senturia, M. Shopper u. R. Biddy: Congenital heart disease and childhood adjustment.
Psychiatry in Medicine, 1 (1971), 23-30

Bach, S.R.: Spontaneous pictures of leukemic children as an expression of the total personality, mind and body.
Acta Paedopsychiatrica, 41 (1975), 86-104.

Bachmann, K.D.: Pädiatrische Gesichtspunkte bei der Betreuung des behinderten Kindes.
Therapiewoche 24 (1974), 1245-1253

Bastine, R.: Fragebogen zur direktiven Einstellung FDE.
Göttingen: Hogrefe 1972

Bateson, D.D.J., J. Haley u. J.W. Weakland: Auf dem Weg zu einer Schizophrenie-Theorie.
In: Habermas, J., D. Henrich u. J. Taubes: Schizophrenie u. Familie.
Frankfurt: Suhrkamp 1969

Beckmann, D., J.W. Scheer u. H. Zenz: Methodenprobleme in der Psychotherapieforschung.
In: Pongratz, L. (Hrsg.): Handbuch der Psychologie, Band 8/2, 1085-1124.
Göttingen: Hogrefe 1978

Behrend, T. u. J.S. Lawrence: Epidemiologie der rheumatischen Erkrankungen.
In: Blohmke, M., C.v.Ferber, K.P. Kisker u. H. Schaefer (Hrsg.): Handbuch der Sozialmedizin, Band 2.
Stuttgart: Enke Verlag 1977

Bene, E. u. J. Anthony: Manual for the Family Relations Test.
London: Authors 1957

Bernsdorf, W.: Gruppe.
zit. n. Kruse, L.: Gruppen u. Gruppenzugehörigkeit.
In: Graumann, C.F. (Hrsg.): Handbuch der Psychologie, Band 7/2, 1539-1588.
Göttingen: Hogrefe 1972

Bernstein, D.M.: After transplantation: The child's emotional reactions.
Amer. J. Psychiat., 127 (1971), 1189-1193

Binger, C.M.: Childhood Leukemia-Emotional Impact on Siblings.
In: Anthony, E.J. u. C. Koupernik (Hrsg.): The Child in his Family - The Impact of Disease and Death.
New York, London, Sydney, Toronto: Wiley u. Sons 1973

Blum, H.P.: Childhood physical illness and invalid adult personality.
Int. J. Psycho-Anal. 49 (1968), 2-3

Blumberg, M.L.: Psychodynamics of the young handicapped person.
Amer. J. Psychoth. 29 (1975), 466-476

Bracken, H.v. (Hrsg.): Erziehung und Unterricht behinderter Kinder.
Frankfurt a.M., 1968

Bredenkamp, J.: Experiment und Feldexperiment.
In: Graumann, C.F. (Hrsg.): Handbuch der Psychologie Band 7/2, 332-374
Göttingen: Hogrefe 1969

Bundesminister für Arbeit u. Sozialordnung (Hrsg.): Aktionsprogramm der Bundesregierung zur Förderung der Rehabilitation der Behinderten.
Sozialpolitische Informationen 13.4.70

Butollo, W.H.L.: Das systematische Experiment.
In: Pongratz, L. (Hrsg.): Handbuch der Psychologie Band 8/2, 1125-1154.
Göttingen: Hogrefe 1978

Campbell, D.T. u. Stanley, J.C.: Experimental and Quasi Experimental Designs for Research.
In: Gage, N.L. (Hrsg.): Handbook of Research on Teaching.
Chicago, J/L.: Rand McNally 1963

Cook, R.: Relation of Achievement Motivation and Attribution to Self-Reinforcement.
Los Angeles: University of California 1970

Crandall, V.C. u.a.: Motivation and ability determinants of young children's intellectual achievement behaviors.
Child Dev. 33 (1965), 91-109

Cromwell, R., Olson, D., Fournier, D.: Tools and Techniques for Diagnosis and Evaluation in Marital and Family Therapy.
Fam. Proc. 15 (1976), 1-49

Cummings,S.T.: The impact of the child's deficiency on the father: A study of fathers of mentally retarded and of chronically ill children.
Amer. J. Orthopsychiat. 46 (1976), 246-255

Cummings, S., H. Bayley, H. Rie: Effects on the child's deficiency on the mother: a study of mothers of mentally retarded, chronically ill and neurotic children.
Amer. J. Orthopsychiat. 36 (1966), 595-608

Cytryn,L., P. Moore, M.E. Robinson: Psychological Adjustment of Children with Cystic Fibrosis.
In: Anthony, E.J. u. C. Koupernik (Hrsg.): The Child in his Family: The Impact of Disease and Death.
New York, London, Sydney, Toronto: Wiley u. Sons 1973

Davis, R.E.: Family of physically disabled child: Family reactions and deductive reasoning.
New York State Journal of Medicine 75 (1975), 1039-1041.

Debuskey, M. (Hrsg.): The Chronically Ill Child and his Family.
Springfield: Thomas Books 1970

Deutscher Bildungsrat. Empfehlungen der Bildungskommission: Zur pädagogischen Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher.
Bonn 1973

Dieterich, R.: Einführung in die methodischen Grundlagen der Pädagogischen Psychologie.
München u. Basel: Reinhardt 1975

Dorsch, F.: Psychologisches Wörterbuch.
Hamburg, Bern: Meiner/ Huber 1980

Fahrenberg, J., H. Selg, R. Hampel: Das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI).
Göttingen: Hogrefe 1970

Furth, G. M.: Impromptu paintings by terminally ill, hospitalized and health children: What can we learn from them?
Diss. Abstr. Intern. 34 (1974), 4739-4740

Goldberg, L.: Aggression in boys in a clinic population.
Diss. Abstr. Intern. 34 (1973), 2629

Gourevitch, M.: A Survey of Family Reactions to Disease and Death in a Family Member.
In: Anthony, J.E., C. Koupernik (Hrsg.): The Child in his Family: The Impact of Disease and Death.
New York, London, Sydney, Toronto: Wiley u. Sons 1973

Gribble, T.J.: Hemophilia. Leukemia.
In: Travis, G.: Chronic Illness in Children.
Stanford: Stanford University Press,1976

Gsell, O.: Tumoren, Malignome (Sozialmedizinische Bedeutung und Epidemiologie des Krebses).
In: Blohmke, M., C. v. Ferber, K.P. Kisker, H. Schaefer (Hrsg.): Handbuch der Sozialmedizin, Band 2, 181-209
Stuttgart: Enke 1977

Gutjahr, P.: Das Schicksal tumor- und leukämiekranker Kinder.
Universitäts Kinder Klinik, Mainz 1979

Harvey, B.: Cystic Fibrosis.
In: Travis, G.: Chronic Illness in Children.
Stanford: Stanford University Press, 1976

Henderson, M.B.: Body image development in children with hemophilia and arthritis.
Diss. Abstr. Intern. 38 (1977)

Hertl, M.: Das chronisch-kranke Kind in der Schule.
Stuttgart: Thieme 1968

Hobrücker, B.: Persönlichkeitspsychologische Probleme bei Jugendlichen Selbstmordversuchern.
Diss. Univers. Dortmund 1982

Hofstätter, P.R., Wendt, D.: Quantitative Methoden der Psychologie.
München: Barth 1966

Holaday, B.J.: Achievement behavior in chronically ill children.
Nursing Research 23 (1974), 25-30

Hollingshead, A.B., Redlich, F.C.:
Social Class and Mental Illness.
New York 1958

Holroyd, J.: The Questionnaire on Resources and Stress: An Instrument to measure family response to a handicapped family member.
J. of Community Psychol. 2 (1974), 92-94

Huber, H.P.: Kontrollierte Fallstudie.
In: Pongratz, L.: Handbuch der Psychologie, Band 8/2, 1153-1199
Göttingen: Hogrefe 1978

Hümme, E.: Diagnostische Gesprächsführung.
In: Köhne,H., E. Klippstein: Pädagogische Verhaltensdiagnostik in der Praxis.
Freiburg, Basel, Wien: Herder 1979

Innerhofer, P.: Das Münchner Trainingsmodell.
Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1977

Innerhofer, P., Warncke, A.: Eltern als Co-Therapeuten.
Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1978

Innerhofer, P., Gottwald, P.: Wissenschaftstheoretische Grundlagen.
In: Pongratz, L.: Handbuch der Psychologie Band 8/1, 459-481
Göttingen: Hogrefe 1977

Irle, M.: Lehrbuch der Sozialpsychologie.
Göttingen: Hogrefe 1975

Jochmus, J.: Die psychische Entwicklung diabetischer Kinder und Jugendlicher.
Stuttgart: Enke 1971

Johnson, D.J. u. H.R. Myklebust: Lernschwächen. Ihre Formen und ihre Behandlung.
Stuttgart: Hippokrates 1971

Karraß, W., U. Hausa: Untersuchung zur Interaktion in Familien mit verschieden gestörten Kindern.
Z.f. Klin. Psychol. X. (1981), 1-11

Keupp, H.: Psychische Störungen als abweichendes Verhalten. Zur Soziogenese psychischer Störungen.
München: Urban und Schwarzenberg 1972

Kipnowski, A., M. Schumacher: Bewältigungsstrategien von Müttern cerebralparetischer Kinder.
Z.f. Kinder- und Jugendpsychiat. 9 (1981), 369-383

Köhne, H., E. Klippstein: Pädagogische Verhaltensdiagnostik in der Praxis.
Freiburg, Basel, Wien: Herder 1979

Koupernik, C.: The Bled Discussions: A Review.
In: Anthony, J., Koupernik, C.: The Child in his Family. Children at Psychiatric Risk.
New York, London, Sydney, Toronto: Wiley u. Sons 1974

Koski, M.-L.: The Coping Processes in Childhood Diabetes.
Acta paediat. 198 (1969)

Kruse, L.: Gruppen und Gruppenzugehörigkeit.
In: Graumann, C.F. (Hrsg.): Handbuch der Psychologie, Band 7/2, 1539-1593
Göttingen: Hogrefe 1972

Lange, J.-M.: Das chronisch kranke Kind in der Schule.
In: Wolfgart, H.: Behinderte und kranke Kinder in unseren Schulen.
Karlsruhe: Schindele 1971

Langenmayr, A.: Krankheit als psychosoziales Phänomen.
Göttingen: Hogrefe 1980

Leiken, J., Hassakis, P.: Psychological Study of Parents of Children with Cystic Fibrosis.
In: Anthony, E.J., Koupernik, C.: The Child in his Family: The Impact of Disease and Death.
New York, London, Sydney, Toronto: Wiley u. Sons 1973

Lempp,R.: Organische Psychosyndrome.
In: Harbauer,H., Lempp,R., Nissen,G., Strunck,P.: Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie.
Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1971

Levi, L. (Hrsg.): Society, Stress and Disease.
Oxford University Press, New York, Toronto 1975

Lewin, K.: Die Lösung sozialer Konflikte.
Bad Nauheim: Christian-Verlag 1953

Lienert, G.A.: Testaufbau und Testanalyse.
Weinheim, Berlin, Basel: Beltz 1969

Lipowski, Z.J.: Physical illness and psychopathology.
Int. J. Psychiat. in Med. 5 (1974) 483-497.

Lurie, P.L.: Congenital Heart Disease.
In: Travis, G.: Chronic Illness in Children.
Stanford: Stanford University Press 1976

Manciaux, N.: Chronische Erkrankungen und Entwicklungsschäden.
Das öffentliche Gesundheitswesen 3 (1969)

Metzger, W.: Was ist Gestalttheorie?
In: Guss,K. (Hrsg.): Gestalttheorie und Erziehung.
Darmstadt: Steinkopf 1975

Miller,J.J.: Juvenile Rheumatoid Arthritis.
In: Travis, G.: Chronic Illness in Children.
Stanford: Stanford University Press 1976

Minsel, W.R., G. v. Ondarza, E. Hümme: Schulversagen.
In: Pongratz, L. (Hrsg.): Handbuch der Psychologie, Band 8/2, 2537-2590
Göttingen: Hogrefe 1978

Mischel, W.: Toward a cognitive social learning reconceptualization of personality.
Psychol. Rev. 80 (1973).

Neill, C.A.: The Cardiac Child and his Family.
In: Debuskey, M. (Hrsg.): The chronically Ill Child and his Family.
Springfield: C.C. Thomas 1970

Olch,D.: Effects of hemophilia upon intellectual growth and academic achievement.
J. genet. Psychol. 119 (1971), 63-74

Pechstein, J.: Das behinderte Kind in Familie, Tagesstätte, Sonderschule und Heim.
Therapiewoche 24 (1974), 1273-1288

Piel,W.: Wissenschaftstheoretische Probleme der Sonderpädagogischen Psychologie.
In: Bürli, A. (Hrsg.): Sonderpädagogische Theoriebildung.
Luzern 1977

Piel, W.: Kleines Lehrbuch der Lernpsychologie.
Braunschweig: Westermann 1977

Piel, W.: Gestalttheorie als Wissenschaft und als Wissenschaftstheorie.
In: Guss, K. (Hrsg.): Gestalttheorie und Sozialarbeit.
Darmstadt: Urban 1979

Piel, W.: Das Erlernen von Motiven durch Objektion als Gestaltungsprozeß.
Gestalt Theory 2 (1980), 51-61

Piel, W.: Konflikte.
In: Einführung in die Sonderpädagogische Psychologie.
Göttingen: Hogrefe 1982 (im Manuskript).

Pongratz, E.: Spezifische Gesichtspunkte der Erziehung und psychischen Entwicklung Mucoviscidosekranker Kinder.
Klin. Pädiat. 189 (1977), 168-171

Popper, K.R.: Logik der Forschung.
1969

Potter, D.E.: Chronic Kidney Diseases.
In: Travis, G.: Chronic Illness in Children.
Stanford: Stanford University Press, 1976

Rausch de Traubenberg, N.: Psychological Aspects of Congenital Heart Disease in the child.
In: Anthony, J., Koupernik, C. (Hrsg.): The Child in his Family: The Impact of Disease and Death.
New York, London, Sydney, Toronto: Wiley u. Sons 1973

Rodgers, B., J. Ferholt, C.L. Cooper: A Screening Tool to Detect Psychosocial Adjustment of Children with Cystic Fibrosis.
Nearsing Research 23 (1974), 420-426

Rogers, C.R.: Client-centered therapy.
Boston 1951

Rohracher, H.: Einführung in die Psychologie.
Wien, Innsbruck: Urban und Schwarenberg 1965

Sader, M.: Rollentheorie.
In: Graumann, C.F. (Hrsg.): Handbuch der Psychologie, Band 7/1, 204-231
Göttingen: Hogrefe 1969

Sargers, W.: Persönliche Mitteilung.
Hochschule der Bundeswehr,
Hamburg 1982

Shepherd, C.W.: Childhood Chronic Illness and Visual Motor Perceptual Development.
Exceptional Children Sept. (1969), 39-42

Sigal, J.J.: Enduring disturbances in behavior following acute illness in early childhood: Consistencies in four independent follow-up studies.
In: Anthony, E.J., C. Koupernik (Hrsg.): The Child in his Family (Hrsg.): Children at Psychiatric risk.
New York, London, Sydney, Toronto: Wiley u. Sons 1974

Sigal, J.J., L. Chagoya, C. Villeneuve, J. Mayerovitch: Later psychosocial sequelae of early childhood illness, Severe croup.
Amer. J. Psychiat. 130 (1973), 786-789

Singh, S.B., J.R. Srivastava: Study of neurotic trends in the mothers of problem children. Indian Journal of Applied Psychology 10 (1973), 75-79

Schlange, H.: Die körperliche und geistige Entwicklung bei Kindern mit angeborenen Herz- und Gefäßmißbildungen. Stuttgart: Enke 1962

Schmidt, L.R., H. Kessler: Anamnese. Weinheim: Beltz 1976

Schmidtchen, S., G. v.Ondarza, B. Dahme: Faktorenanalytische Untersuchung von Verhaltensstörungen bei Kindern. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 23 (1974), 270-276

Schumacher, J.: Die Situation von Eltern mongoloider Kinder. In: Hofman, Th. (Hrsg.): Beiträge zur Geistigbehindertenpädagogik. Rheinstetten: Schindele 1981

Stapf, K.H., T. Herrmann, A. Stapf, K.H. Stäcker: Psychologie des elterlichen Erziehungsstils. Bern u. Stuttgart: Huber u. Klett 1972

Stehbens, J.A., A.D. Lascari: Psychological follow-up of families with childhood leukemia. J. clin. Psychol. 30 (1974), 394-397

Stein, St.P., E. Charles: Emotional factors in juvenile diabetes mellitus: A study of early life experience of adolescent diabetics. Amer. J. Psychiat. 128 (1971), 700-704

Steinhausen, H.-Ch.: Chronische Krankheit als Bedingung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 25 (1976), 48-52

Steinhausen, H.-C.: Die Persönlichkeit von Eltern chronisch kranker Kinder. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 26 (1977).

Steinhausen, H.-Ch.: Soziale Entwicklung und Krankheitsverlauf bei Jungen mit Hämophilie. Klin. Pädiat. 189 (1977), 229-233

Steinhausen, H.-C.: Die Hämophilie.
Sozialmedizin und Psychologie einer chronischen Krankheit.
Stuttgart: Thieme 1976

Steinhausen, H.-Ch., S. Börner: Das chronisch kranke und behinderte Kind: Eine psychologische Aufgabe der Kinderheilkunde.
Klin. Pädiat. 187 (1975), 407-431

Theile, U.: Epidemiologie des Diabetes mellitus.
In: Blohmke, M., Ch. v. Ferber, K.P, Kisker, H. Schaefer (Hrsg.): Handbuch der Sozialmedizin, Band II, 146-153
Stuttgart: Enke 1977

Tornow, H.: Versuch einer Klassifikation verhaltensauffälliger Grundschüler. Eine empirische Typologie.
Heilpäd. Forschung VII (1977), 74-84

Tornow, H.: Verhaltensauffällige Schüler aus der Sicht des Lehrers.
Weinheim u. Basel: Beltz 1978

Travis, G. (Hrsg.): Chronic Illness in Children.
Its Impact on Child and Family.
Stanford: Stanford University Press 1976

Tropauer, A., Franz, M.N., Dilgard, V.W.: Psychological Aspects of the Care of Children with Cystic Fibrosis.
Amer. J. Dis. Child. 119 (1970), 423-432

Wagner, H.: 1. Bericht an die Deutsche Forschungsgemeinschaft über das Forschungsprojekt 'Konstruktion einer Batterie mehrdimensionaler Fragebögen der Erfassung der Persönlichkeit bei Kindern und Jugendlichen', unveröff. 1970, 2. Bericht, 1971, 3. Bericht 1974.
zit. n.: Steinhausen, H. Ch.: Die Hämophilie.
Stuttgart: Thieme 1969.

Watzlawick, P., J.H. Beavin, D.D. Jackson: Menschliche Kommunikation.
Bern und Stuttgart: Huber 1969

Wood, A. C., C.J. Friedman, J.M. Steisel:
Psychosocial Factors in Phenylketonuria.
Amer. J. Orthopsychiat. 37 (1967),
671-679

Yamate, M. (Hrsg.): Asthma.
In: Chronic Illness in Children.
Stanford: Stanford University Press 1976

A N H A N G

A N H A N G I

Familienbelastungsinterview

Eckhard E. Hümme

Familienbelastungsinterview

Nach den Gesprächen mit den Eltern sollen die folgenden Aussagen mit 'trifft zu' und 'trifft nicht zu' beantwortet werden!

Mutter

1.Übermäßig durch das Kind gefordert
2.Schockreaktion bei Diagnose
3. Schuldgefühle als 'Überträger'derKrankheit
4.Mutter-Sohn Symbiose
5.Leugnung des Ausmaßes der Krankheit
6.Ablehnung und Vernachlässigung des Kindes
7.Erhöhung der Mutterrolle
8.Aggression latent oder manifest gegen das Kind
9.Schuldgefühle gegenüber gesunden Kindern
1o.Doppelbindungsproblematik

Vater

1. 'Gedrückte'Vaterrolle
2. Vater isoliert von der Versorgung;enterbter Vater
3. Väterliches 'Sich-Absetzen':Flucht in die Arbeit
4. Krankheit(besonders des Sohnes)Angriff auf eigene Stärke

Eltern

1. Scheidung
2. Trennung
3.Probleme bei neuer Partnersuche durch krankes Kind
4. Abnahme außerfamiliärer Kontakte der Eltern
5. 'Flucht'in Vergnügen
6. Besondere Pflegerische Belastungen

7. Überbehütende Erziehungshandlungen

Mutter Vater

8. 'Chronic-sorrow'nicht Akzeptierung und nicht Neurose)
9. Verhaltensunsicherer Elternteil Mutter Vater
10. Mangelnde Kommunikation über das Kranke Kind,Gefühle usw.
11. Spannungen zwischen Ehepartnern

Geschwister

1. Spannungen zwischen Geschwistern
2. Besomderes Sorgen der Geschwister um krankes Kind
3. Aggressionen der G.gegen das kranke Kind
4. Abnahme außerfamiliärer Kontakte
5. Probleme bei Finden und Aufrechhaltem von Freundschaften
6. Schulschwierigkeiten,z.B. Sitzenbleiben

Gefühle

1. Verstimmung und Irritierung
2. Schuldgefühle
3. Nichts vom Leben haben
4. Überbelastung für einen Elternteil
5. Verlustängste
6. Versagensängste
7. Widerspruch Fürsorge -Angst

A N H A N G II

Krankheitsbelastungsbogen

Eckhard Hümme

Krankheitsbelastungsdaten

Name des Kindes:.....

1. Art der Krankheit(Diagnose):

2. Zeitpunkt der Erkrankung: Dauer der Krankheit:

3. Häufigkeit des Krankenhausaufenthaltes:

Jahr	Wochen
19	
19	
19	
19	

4. Häufigkeit des Arztbesuches im letzten Jahr:
   mehrfach wöchentlich wöchentlich monatlich sonstig

5. Durchschnittliche Häufigkeit des Arztbesuches die Jahre zuvor:

   ----

6. Schwere der Krankheit:
   leicht mittel schwer sehr schwer

7. Belastung durch ärztlich verordnete Maßnahmen(Medikamente,Physioth.
   leicht mittel schwer sehr schwer

8. Überwachung der ärztlichen Maßnahmen durch Eltern:
   regelmäßig oft manchmal nie

A N H A N G III/IV

QRS u. Fragebogen für Verhaltensstörungen

Fragebogen über Fähigkeiten und Belastung (GRS)

1. _____ verlangt, daß andere mehr für ihn / sie tun als notwendig. R / F
2. _____ versteht den Sinn der Zeit (_____ hat ein Gefühl für Zeit). R / F
3. Weil _____ so ist, wie er / sie ist, kann er / sie seine / ihre Lage besser handhaben; als ein anderer es könnte. R / F
4. _____ wird gleichbehandelt von allen Mitgliedern unserer Familie. R / F
5. Es wird drei Jahre oder länger dauern, um unsere Schulden abzuzahlen. R / F
6. Ein Mitglied meiner Familie mußte wegen _____ seine Ausbildung (oder Arbeit) aufgeben. R / F
7. Eines, das ich an _____ schätze, ist, daß er / sie unabhängig ist. R / F
8. Mitglieder der Familie teilen sich - _____ s Pflege (Versorgung) R / F
9. _____ würde es nicht übelnehmen, wenn er / sie zu Hause gelassen wird, während die Familie in Urlaub fährt. R / F
10. Die Mitglieder unserer Familie loben die Fähigkeiten jedes einzelnen Mitgliedes. R/F
11. _____ ist eine angesehene Persönlichkeit. R / F
12. Ich besuche nicht sehr viele Veranstaltungen (Parteiversammlg., Kirche, usw.) R / F
13. Ich weiß, _____ s Zustand wird sich bessern. R / F
14. _____ hat keine Probleme beim Sehen oder Hören. R / F
15. Selbst wenn die Leute _____ _____ nicht ansehen, bin ich immer gespannt, was sie wohl denken mögen. R / F
16. Ich übernehme die Verantwortung für _____ _____, weil ich weiß, wie man mit ihm / ihr umgehen muß. R / F
17. _____ hat einige ungewöhnliche Angewohnheiten, die die Aufmerksamkeit auf sich ziehen R / F
18. Bei uns zu Hause nimmt die ganze Familie die Hauptmahlzeit gemeinsam ein R / F
19. Der Arzt sieht _____ _____ mindestens einmal im Monat R / F
20. Gewöhnlich muß ich _____ _____ nicht mitnehmen, wenn ich ausgehe. R / F

69. _____ kennt den Unterschied zwischen Freunden und Freunden. R / F

70. Ich fürchte, daß andere Familienmitglieder verletzt sein werden, weil sie mit _____ verwandt sind. R / F

71. Es gibt keine Möglichkeit, _____ in unserem Hause zu behalten. R / F

72. Die Leute sollten sich um ihre eigenen Angelegenheiten kümmern. R / F

73. Einer von uns mußte auf eine günstige Arbeit verzichten, weil _____ nicht von der Klinik oder der Sonderschule etc. zurückgeholt werden konnte. R / F

74. Ich würde lieber _____ helfen etwas zu tun als ihn / sie versagen und sich schlecht fühlen zu lassen. R / F

75. _____ hat immer mit / in unserer Familie gelebt. R / F

76. Ich kann mit _____ nicht fertig werden. R / F

77. Manchmal vermeide ich es, _____ mit in die Öffentlichkeit zu nehmen. R / F

78. _____ erhält eine besondere Ernährung. R / F

79. Viele Leute verstehen einfach nicht, was es bedeutet, mit _____ zu leben. R / F

80. Jedes Familienmitglied mußte auf etwas verzichten wegen des Geldes, das für _____ gebraucht wird. R / F

81. _____ kann selbständig essen. R / F

82. Ich neige dazu, Dinge für _____ zu tun, die er / sie selbst tun kann. R / F

83. Wenn wir in Urlaub fahren, habe ich keine Angst, _____ eine Zeitlang zu verlassen. R / F

84. Mit der Zeit, glaube ich, werden wir mehr und mehr in Anspruch genommen durch die Pfle _____s. R / F

85. Ich gehöre einer Organisation an, die mir bei den Problemen hilft, die ich mit _____ habe. R / F

86. Es hat ernsthafte emotionale Probleme für einen unserer Familie gegeben. R / F

87. Unsere Verwandten sind sehr hilfsbereit (gewesen). R / F

88. Wir haben besprochen, was geschehen wird, wenn _____ stirbt. R / F

89. Es ist leichter für mich etwas für _____ zu tun als es ihn / sie selbst tun zu lassen und Unordnung (Schmutz) zu machen. R / F

90. _____ kann leicht mit seiner / der meisten Zeit fertig werden. R / F

93. Ich fühle, daß ich _____ schützen muß vor den Bemerkungen der Kinder R / F

1. Ich glaube nicht, daß _____ zu sehr von mir oder einem anderen Familienmitglied abhängig ist. R / F

2. Es ist nicht nötig für _____ in unserem Hause Stufen hinauf- oder hinab zu gehen. R / F

4 Wir können es uns leisten, für die Pflege, die _____ braucht, zu bezahlen. R / F

5. Gerade das Sprechen über die Probleme mit engen Freunden macht das Lebenleichter. R / F

6. Ich kann niemals das Haus verlassen wegen _____. R / F

7. Ich bin glücklich, wenn ich _____s Entwicklung und Leistungen beobachte. R / F

8. Es beunruhigt mich, daß _____ immer so sein wird. R / F

9. Keiner in unserer Familie trinkt zu viel Alkohol. R / F

0. Die Gesellschaft (Öffentlichkeit) ist an Leute wie _____ gewöhnt. R / F

1. _____ gebraucht besondere Geräte (Ausrüstung) wegen seiner / ihrer Behinderung. R / F

2. _____ hat eine Behinderung, die ihn / sie daran hindert, Fortschritte zu machen. R / F

3. _____ ist manchmal zu sexuell. R / F

4. _____ hat viele Schmerzen. R / F

5. Ich bin jedesmal aufgeregt, wenn ich _____ mit in die Öffentlichkeit nehme. R / F

6. Es ist leicht mit _____ zu leben R / F

7. Der Arzt sieht _____ mindestens einmal im Jahr. R / F

3. _____ ißt seine / ihre Mahlzeiten mit den anderen Familienmitgliedern. R / F

7. Rollstuhl oder Stützen (?) werden in unserem Haus gebraucht. R / F

). Ein Stromausfall würde _____s Leben oder Gesundheit gefährden. R / F

1. Die Sorge um _____ ist eine finanzielle Last für unsere Familie. R / F
(D. s Benutzen)

2. _____ hatte einmal ein gutes Einkommen. R / F

3. Einige Freunde sind sehr hilfsbereit, wenn es um _____ geht. R / F

4. Ich fürchte, daß _____ spürt, daß er / sie nicht lange zu leben hat. R / F

5. _____ tut nichts für sich selbst, wenn er / sie weiß, daß irgend jemand es für ihn / sie tut. R / F

116. Ich kann Besuche bei Freunden machen, wann immer ich will. R / F

117. Die Familienmitglieder sind nicht interessiert an dem, was mit _____ geschieht!

118. Wir erfreuen uns an _____ _____ als Persönlichkeit immer mehr. R / F

119. Wir haben wegen _____ unser Haus (Wohnung) gewchselt. R / F

120. _____ mit in Urlaub nehmen, würde der ganzen Familie das Vergnügen verderben R /

121. Die Familie tut so viele Dinge zusammen, wie wir immer taten. R / F

122. _____ kennt seine / ihre eigene Adresse. R / F

123. _____ _____ kommt sehr gut mit anderen aus. R / F

124. _____ weiß, wer er / sie ist. (z.B. männl., 14 Jahre alt) R / F

125. _____ _____ verhindert jede Unterhaltung innerhalb der Familie. R / F

126. Einer aus unserer Familie wendet sich gegen _____, wenn seine / ihre Freunde da sind. R / F

127. Manchmal muß ich weg von zu Hause. R / F

128. Ich bin bestürzt (gerade aus der Fassung) über den Weg, den mein Leben nimmt. R / F

129. Manchmal bin ich sehr verwirrt wegen _____. R / F

130. Sich um _____ sorgen zu müssen, hat unser Familienleben bereichert. R / F

131. Nachbarn wünschen, daß wir wegen _____ fortziehen. R / F

132. Ich anerkenne _____s Urteil über das, was er / sie kann. R / F

133. _____ tut nicht so viel, wie er / sie können sollte. R / F

134. Unsere Familie ist auf die Wohlfahrt angewiesen. R / F

135. Wir haben besprochen, was geschehen soll, falls _____ länger lebt als wir. R / F

136. _____ wird ehrlich akzeptiert von der Familie. R / F

137. Ein Bett, das sich höher und tiefer stellen läßt, hat die Dinge leichter gemacht. R / F

138. Wir nehmen _____ mit, wenn wir ausgehen. R / F

139. Es macht mich zufrieden zu wissen, daß ich mich um _____ kümmern kann. R / F

140. Andere tun für _____, was er / sie selbst tun könnte. R / F

141. Wegen _____ hat unsere Familie noch nie eine Mahlzeit nicht genossen. R / F

142. Ich verabscheue zu sehen, wie _____ versucht etwas zu tun u. versagt. R / F

143. _____ wird von den anderen Familienmitglieder akzeptiert. R / F

144. Ich fürchte, daß _____ sich verletzen könnte, wenn er/sie Spiel oder Sport treibt. R / F

145. Es ist schwer, sich mit _____ zu unterhalten, weil er / sie Schwierigkeiten hat zu verstehen, was zu ihm / ihr gesagt wird. R / F

146. _____ verbringt die Zeit in einem besonderen Tageszentrum oder in Sonderklassen in der Schule. R / F

147. _____ ist die meiste Zeit sehr ängstlich. R / F

148. _____s Gesundheit wird nicht schlechter. R / F

149. Es gibt kein besonderes Regierungsprogramm, um _____ zu helfen. R / F

150. Ich habe keine Zeit für die andern Familienmitglieder. R / F

151. Unsere Familie ist recht religiös. R / F

152. In unserer Familie nimmt _____ aktiven Anteil an den Familienangelegenheiten. R / F

153. Es gibt viele Orte, wo wir uns als Familie erfreuen können, wenn _____ mitkommt. R / F

154. Es ist schwer, an genügend Dinge (Sachen) zu denken, um _____ zu beschäftigen. R / F

155. _____ wird zu sehr beschützt. R / F

156. Unser Familieneinkommen liegt über den Durchschnitt. R / F

157. Einige Familienmitglieder bringen wegen _____ keine Freunde mit ins Haus. R / F

158. Ich versuche, _____ dahinzubringen, für sich selbst zu sorgen. R / F

159. Sich um _____ kümmern, gibt einem ein Wertgefühl. R / F

160. Wir haben mit _____ über seinen / ihren Tod diskutiert. R / F

161. _____ kann an Spielen oder Sport teilnehmen. R / F

162. Einer von uns mußte auf einen günstigen Arbeitsplatz verzichten, weil _____ nicht ohne Aufsicht gelassen werden konnte. R / F

163. Wir glauben, daß _____ in einer Anstalt länger leben wird. R / F

164. _____ hat zu viel Zeit zur Verfügung. R / F

165. Es gibt eine Organisation für / von Familien, die unsere Probleme teilen. R / F

166. Ich bin enttäuscht, daß _____ kein normales Leben führt. R / F

167. Wir geben bis zu 25 % unseres Einkommens für die medizinische Versorgung (oder für _____s Pflege) aus. R / F

168. Die Zeit schleppt sich hin für _____, insbesondere die Freizeit. R / F

169. Ich mache mir Sorgen, wie die Familie alles regeln wird, nach dem _____ nicht mehr bei uns ist. R / F

170. Was mich ganz besonders besorgt macht um _____s Selbständigkeit. R / F
istseine / ihre Fähigkeit, den Lebensunterhalt zu verdienen.

171. _____ :nimmt es Übel, wenn er / sie als Behinderte (r) behandelt wird. R / F

172. _____ _____kann nicht sehr lange aufmerksam sein. R / F

173. Ich bin besorgt, (wenn ich bedenke) was wird mit _____ geschehen, wenn er / sie älter wird. R / F

174. Wenn _____ gesünder wäre, würde es leichter sein, (in Urlaub zu gehen) für einen Tag fortzufahren. R / F

175. Verglichen mit andern, geben wir viel Geld für ärztl. Kosten aus. R / F

176. Ich werde fast zu müde, um mich zu (entspannen) amüsieren. R / F

177. _____ hat Dinge zur Unterhaltung in seinem / ihrem Zimmer (TV, Radio), R / F

178. Wir haben eine Menge Schulden. R / F

179. _____ ist die meiste Zeit deprimiert. R / F

180. Wenn ich gesünder wäre, würde es leichter sein, für _____ zu sorgen. R / F

181. Die meisten Leute auf öffentl. Plätzen zeigen, daß sie _____ nicht in ihrer Nähe wünschen. R / F

182. _____ kann um die Nachbarschaft ganz leicht herumkommen. (sich der N. entziehen sie herumkriegen). R / F

183. _____ will mehr Freiheit als er / sie hat. R / F

184. Was ich an _____ besonders schätze, ist sein/Ihr Vertrauen. R / F

185. Es macht mir nichts aus, wenn die Leute _____ anschauen. R / F

186. Immer wenn ich das Haus verlasse, bin ich besorgt über das, was zu Hause passiert. R / F

187. In unserer Familie spielt _____ eine ebenso wichtige Rolle wie die andern Mitglieder. R / F

188. _____ wird niemals fröhlicher (strahlender) sein als zur Zeit R / F

189. Was ich an _____ schätze, ist seine / ihre Fähigkeit, seine / Ihre eigenen Grenzen zu erkennen. R / F

141. Wegen _____ hat unsere Familie noch nie eine Mahlzeit nicht genossen. R / F

142. Ich verabscheue zu sehen, wie _____ versucht etwas zu tun u. versagt. R / F

143. _____ wird von den anderen Familienmitglieder akzeptiert. R / F

144. Ich fürchte, daß _____ sich verletzen könnte, wenn er / sie Spiel oder Sport treibt. R / F

145. Es ist schwer, sich mit _____ zu unterhalten, weil er / sie Schwierigkeiten hat zu verstehen, was zu ihm / ihr gesagt wird. R / F

146. _____ verbringt die Zeit in einem besonderen Tageszentrum oder in Sonderklassen in der Schule. R / F

147. _____ ist die meiste Zeit sehr ängstlich. R / F

148. _____s Gesundheit wird nicht schlechter. R / F

149. Es gibt kein besonderes Regierungsprogramm, um _____ zu helfen. R / F

150. Ich habe keine Zeit für die andern Familienmitglieder. R / F

151. Unsere Familie ist recht religiös. R / F

152. In unserer Familie nimmt _____ aktiven Anteil an den Familienangelegenheiten. R / F

153. Es gibt viele Orte, wo wir uns als Familie erfreuen können, wenn _____ mitkommt. R / F

154. Es ist schwer, an genügend Dinge (Sachen) zu denken, um _____ zu beschäftigen. R / F

155. _____ wird zu sehr beschützt. R / F

156. Unser Familieneinkommen liegt über den Durchschnitt. R / F

157. Einige Familienmitglieder bringen wegen _____ keine Freunde mit ins Haus. R / F

158. Ich versuche, _____ dahinzubringen, für sich selbst zu sorgen. R / F

159. Sich um _____ kümmern, gibt einem ein Wertgefühl. R / F

160. Wir haben mit _____ über seinen / ihren Tod diskutiert. R / F

161. _____ kann an Spielen oder Sport teilnehmen. R / F

162. Einer von uns mußte auf einen günstigen Arbeitsplatz verzichten, weil _____ nicht ohne Aufsicht gelassen werden konnte. R / F

163. Wir glauben, daß _____ in einer Anstalt länger leben wird. R / F

164. _____ hat zu viel Zeit zur Verfügung. R / F

165. Es gibt eine Organisation für / von Familien, die unsere Probleme teilen. R / F

166. Ich bin enttäuscht, daß _____ kein normales Leben führt. R / F

167. Wir geben bis zu 25 % unseres Einkommens für die medizinische Versorgung (oder für _____s Pflege) aus. R / F

168. Die Zeit schleppt sich hin für _____, insbesondere die Freizeit. R / F

169. Ich mache mir Sorgen, wie die Familie alles regeln wird, nach dem _____ nicht mehr bei uns ist. R / F

170. Was mich ganz besonders besorgt macht um _____s Selbständigkeit. R / F
istseine / ihre Fähigkeit, den Lebensunterhalt zu verdienen.

171. _____ nimmt es übel, wenn er / sie als Behinderte (r) behandelt wird. R / F

172. _____ _____kann nicht sehr lange aufmerksam sein. R / F

173. Ich bin besorgt, (wenn ich bedenke) was wird mit _____ geschehen, wenn er / sie älter wird. R / F

174. Wenn _____ gesünder wäre, würde es leichter sein, (in Urlaub zu gehen) für einen Tag fortzufahren. R / F

175. Verglichen mit andern, geben wir viel Geld für ärztl. Kosten aus. R / F

176. Ich werde fast zu müde, um mich zu (entspannen) amüsieren. R / F

177. _____ hat Dinge zur Unterhaltung in seinem / ihrem Zimmer (TV, Radio). R / F

178. Wir haben eine Menge Schulden. R / F

179. _____ ist die meiste Zeit deprimiert. R / F

180. Wenn ich gesünder wäre, würde es leichter sein, für _____ zu sorgen. R / F

181. Die meisten Leute auf öffentl. Plätzen zeigen, daß sie _____ nicht in ihrer Nähe wünschen. R / F

182. _____ kann um die Nachbarschaft ganz leicht herumkommen. (sich der N. entziehen sie herumkriegen). R / F

183. _____ will mehr Freiheit als er / sie hat. R / F

184. Was ich an _____ besonders schätze, ist sein/Ihr Vertrauen. R / F

185. Es macht mir nichts aus, wenn die Leute _____ anschauen. R / F

186. Immer wenn ich das Haus verlasse, bin ich besorgt über das, was zu Hause passiert. R / F

187. In unserer Familie spielt _____ eine ebenso wichtige Rolle wie die andern Mitglieder. R / F

188. _____ wird niemals fröhlicher (strahlender) sein als zur Zeit R / F

189. Was ich an _____ schätze, ist seine / ihre Fähigkeit, seine / Ihre eigenen Grenzen zu erkennen. R / F

190. Ich meine, _____ sollte so oft ausgehen wie die andern in der Familie. R / F

191. Ich bin nicht verlegen, wenn andere mich nach _____ s Zustand fragen. R / F

192. Es gibt eine Menge Ärger u. Verstimmung in der Familie. R / F

193. Wenn _____ besser ~~zurechtkommen (sich ertragen)~~ herumkommen, mitkommen könnte, würden wir als Familie mehr tun. R / F

194. Die Familie hat es fertig gebracht, Geld zu sparen oder anzulegen. R / F

195. Wir besitzen oder kaufen uns ein eigenes Haus. R / F

196. Information u. Ermutigung sind zu haben für die, die sie suchen. R / F

197. Wir bekommen besondere Gelder wegen _____ s Problem. R / F

198. Worüber ich mich sehr freue, ist sein / ihr Sinn für Humor. R / F

199. Wir können uns keinen Luxus leisten. R / F

200. Ich habe genug Zeit für mich. R / F

201. _____ kann allein ins Badezimmer gehen. R / F

202. Ich fürchte, _____ wird nicht die individuelle Aufmerksamkeit, Zuneigung und Pflege erhalten, an die er / sie gewöhnt ist, wenn er / sie woanders hingeht. R / F

203. Ich habe zu viel Verantwortung. R / F

204. Kein Familienmitglied bemitleidet _____ zu sehr. R / F

205. _____ kann nicht behalten, was er / sie sagt von einem Augenblick zum andern, R / F

206. _____ ist in unserem Haus besser aufgehoben als sonstwo. R / F

207. _____ kann sich als Person beschreiben. R / F

208. Andere in der Familie sollten bei _____ s Pflege helfen. R / F

209. Eine Pflegerin arbeitet manchmal bei uns. R / F

210. Verwandte haben mehr Schaden angerichtet als Gutes getan, wenn es um _____ geht. R / F

211. Ich bin bange, daß, wenn _____ älter wird, es schwerer sein wird, mit ihm / ihr fertig zu werden. R / F

212. Es ist leicht, _____ zu beschäftigen. R / F

213. Es gibt nur ein Wertgefühl, _____ zu helfen. R / F

214. _____ will die Dinge selbst tun. R / F

215. In Zukunft wird _____ sich besser helfen können. R / F

216. _____ benötigt eine Gehhilfe oder einen Rollstuhl. R / F

217. Ich bin verständiger geworden in meinen Beziehungen zu Menschen als Ergebnis des Umganges mit _____. R / F

218. Die dauernde Verpflichtung, sich um _____ zu kümmern, beschränkt meine Entfaltung u. Entwicklung. R / F

219. _____ kann nicht besser werden. R / F

220. _____ ist sehr angespannt (nervös) in fremder Umgebung. R / F

221. Es ist leicht, sich mit _____ zu verständigen. R / F

222. Ich bin traurig, wenn ich an _____ denke. R / F

223. Unsere Familie sollte mehr gemeinsam tun. R / F

224. Ich mußte wegen _____ auf einen günstigen Arbeitsplatz verzichten. R / F

225. _____ akzeptiert sich als eine Persönlichkeit (Person?). R / F

226. Außenarbeiten würden leichter sein ohne _____. R / F

227. Unsere Verwandten geben uns viel Hilfe. R / F

228. Ich gehe gern in die Kirche. R / F

229. Die Sorge um _____ ist eine Strapaze für mich. R / F

230. Was ~~wird~~ mit _____ geschehen wird, wenn ich nicht länger für ihn / sie sorgen kann, bedrückt mich oft. R / F

231. _____ kann den Bus benutzen u. fahren, wohin er / sie will. R / F

232. Die Leute können nicht verstehen, was _____ zu sagen versucht. R / F

233. Wenn es nicht für _____ wäre, würde alles besser sein. R / F

234. Ich fühle, daß _____ für seine Pflege lieber eine Fachkraft (Schwester, Pfleger etc.) hätte. R / F

235. Einige Familienmitglieder ärgern sich über _____ R / F

236. Mitglieder unserer Familie gehen dazu über dasselbe zu tun, was andere Familien auch tun R / F

237. _____ verwirrt andere in der Familie. R / F

238. Meine Fröhlichkeit (Zufriedenheit) steigt u. fällt mit _____s Benehmen R/F

239. _____ benutzt das Telefon häufig. R / F

240. _____ hat viele Sachen, um sich zu beschäftigen. R / F

241. Manchmal machen die Forderungen, die _____ stellt, mich ganz verrückt. R / F

242. Ich hatte große Hoffnungen auf _____s Zukunft. R / F

243. _____ könnte mehr für sich tun. R / F

244. Meine Familie versteht die Probleme, die ich habe. R / F

245. Man tut leicht zu viel für _____. R / F

246. _____ freut sich über das Interesse, das andere an ihm / ihr haben. R / F

247. Es ist leichter für unsere Familie, Dinge mit Leuten zu tun, die wir kennen, als mit Fremde
R / F

248. Ich bin befriedigt, wenn andere meine Sorge um _____ als wichtig ansehen. R / F

249. Unser Einkommen reicht kaum. R / F

250. _____ hat selten Alpträume. R / F

251. Ich versuche nicht, _____ vor den Schwierigkeiten des Lebens zu schützen. R / F

252. Die Mitglieder meiner Familie sind imstande, persönl. Probleme zu erörtern. R / F

253. Ich habe oft den Wunsch, _____ zu beschützen. R / F

254. Ich bin so gesund, wie ich immer war. R / F

255. _____ zieht sich nicht richtig an. R / F

256. Der größte Teil von _____s Pflege fällt auf mich. R / F

257. Niemand kann je verstehen, was ich durchmache. R / F

258. Wir haben eine Haushaltshilfe (Reinmachefrau, Pflegerin usw.). R / F

259. Es ist erfreulich, wie _____ sich dem Leben angepaßt hat. R / F

260. _____ akzeptiert seine / ihre Behinderung. R / F

261. _____ hat sein / ihr eigenes Zimmer. R / F

262. _____ ist sehr empfindlich. R / F

263. Wir haben wegen _____ die meisten Freunde verloren. R / F

264. _____ ist eine anziehende, saubere Erscheinung. R / F

265. _____ kann mit dem Bus fahren. R / F

266. _____ _____ wird immer ein Problem für uns sein. R / F

267. ___ _____ kann seine / ihre Gefühle andern (gegenüber) zum Ausdruck bringen R /

268. Ich kann mich leicht erholen. R / F

269. _____ muß ein Stechbecken oder eine Windel benutzen. R / F

270. Ich bin selten niedergeschlagen. R / F

271. Ich habe gute Wascherleichterungen zu Hause. R / F

272. _____ kann ohne Hilfe gehen. R / F

273. _____ benötigt Hilfe im Badezimmer. R / F

274. Ich habe Gelegenheiten, Gespräche außerhalb des Hauses zu führen. R / F

275. Es quält mich zu sehen, wenn _____ Schmerzen hat. R / F

276. Jede Wolke hat einen Silberstreifen. R / F

277. Ich mag mich als Mensch. (Jede dunkle Sache läßt Hoffnung übrig). R / F

278. Ich bin sehr oft bedrückt. R / F

279. _____ ist eine stark herausfordernde Persönlichkeit. R / F

280. Weil _____ besondere Geräte u. Erleichterungen braucht, ist es schwer, mit ihm / ihr auszugehen. R / F

281. Was ich an _____ schätze, ist sein / ihr Feingefühl andern gegenüber. R /

282. Andere haben sich erboten, die Last der Pflege von _____ mit ihnen zu teilen. R / F

283. _____ folgt gern demselben Schema (Plan, Muster) immer wieder. R / F

284. _____ _____s Bedürfnisse kommen zuerst. R / F

285. _____ _____ zieht die Aufmerksamkeit auf sich. R / F

Fragebogen für Verhaltensstörungen

Im folgenden finden Sie eine Aufzählung von auffälligen Verhaltensweisen. Jede Verhaltensweise ist durch einen erklärenden Satz ausführlich beschrieben worden.

Versuchen Sie bitte zu beurteilen, inwieweit die genannten Verhaltensauffälligkeiten auch bei Ihrem Kind vorliegen. Haben Sie sie in letzter Zeit mehrmals beobachtet, dann kreisen Sie das Ja ein, wenn nicht, das Nein.

Bitte beantworten Sie die Verhaltensweisen der Reihe nach und lassen Sie keinen Satz aus.

1. Schlafstörungen
Mein Kind hat Schwierigkeiten einzuschlafen oder wacht nachts häufig auf (mehr als zweimal pro Woche). Ja Nein

2. Kränklichkeit
Im Vergleich mit anderen, neigt mein Kind zu häufigem Kranksein. Es klagt sehr schnell über Beschwerden und hat eigentlich immer ein „Wehwehchen". Ja Nein

3. Ermüdbarkeit
Bei Leistungsanforderungen wird mein Kind schnell müde. Besonders auffällig wird dies, wenn die zu leistende Arbeit wenig interessant und langweilig ist. Ja Nein

4. Kopfschmerzen
Fast jeden Tag einmal klagt mein Kind über Kopfschmerzen. Ja Nein

5. Einnässen
Obwohl mein Kind schon in einem Alter ist, in dem es seine Blase bereits kontrollieren könnte (über 4. L. J.), macht es noch nachts oder tagsüber mindestens einmal in der Woche in die Hose. Ja Nein

6. Motorische Unruhe
Wenn mein Kind länger als eine halbe Stunde ruhig sein soll (z. B. am Tisch sitzen und Schularbeiten machen), dann fängt es zunehmend an zu zappeln, mit dem Stuhl zu kippeln oder versucht, aufzustehen und herumzulaufen. Ja Nein

7. Verlangsamte Motorik
Bei Geschicklichkeitsspielen wie Eierlaufen und Sackhüpfen oder beim Klettern und Turnen verhält sich mein Kind recht behäbig und schwerfällig. Ja Nein

8. Passivität und Initiativlosigkeit
Mein Kind weiß oft nicht, womit es sich be-

schäftigen soll. Es sitzt einfach so herum, döst vor sich hin und wartet, daß man ihm einen Anstoß gibt. Ja Nein

9. Störung der Feinmotorik
Wenn mein Kind Figuren in einem Malbuch ausmalen soll, überzeichnet es fast immer die Begrenzungslinien, auch wenn es sich noch so sehr anstrengt. Ja Nein

10. Sprechstörungen
Mein Kind hat Schwierigkeiten beim Sprechen: es stottert, lispelt, stammelt oder poltert. Ja Nein

11. Situatives Schweigen
Mein Kind ist in Situationen, in denen andere Kinder etwas sagen könnten oder in denen es eigentlich eine Antwort weiß (z. B. Fragen eines best. Lehrers) auffallend schweigsam. Das Schweigen tritt nicht zufällig auf, sondern wiederholt sich in ähnlichen Situationen. Ja Nein

12. Kontaktscheu
Mein Kind wird mit anderen Kindern nur sehr langsam warm und geht ihnen später noch oft aus dem Weg. Ja Nein

13. Wutanfälle
Mein Kind wird in Situationen, in denen etwas nicht nach seinem Willen geschieht, sehr wütend und brüllt dann herum, schlägt die Tür zu oder wirft mit Gegenständen. Ja Nein

14. Rauf- und Streitlust
Mein Kind scheint keine Gelegenheit auszulassen, einen Streit zu beginnen und sich daran anknüpfend mit irgendjemandem herumzuraufen. Dies wird — wenn es dazu Gelegenheit hat, mehrmals am Tag sichtbar. Ja Nein

15. Diebereien
Wenn die Gelegenheit günstig ist — es sieht keiner zu und der Gegenstand, z. B. Süßigkeiten oder Zigaretten, ist zu verlockend — läßt mein Kind schon einmal etwas „mitgehen". Auch kleinere Geldbeträge sind mir schon so „abhanden" gekommen. Ja Nein

16. Schulschwänzen
Es kommt im Monat immer mal wieder vor, daß mein Kind sich zwar auf den Schulweg macht, in der Schule aber nicht ankommt. Ja Nein

17. Schulschwierigkeiten
Der Lehrer meines Kindes klagt über dessen mangelnde Aufmerksamkeit und schlechten Leistungen in der Schule. Ja Nein

18. Phobien (Ängste)
In bestimmten Situationen (Prügeleien), vor bestimmten Personen (Lehrern), Tieren oder Orten (Fahrstuhl), an denen andere Kinder nicht unbedingt auch Angst haben, fürchtet sich mein Kind. Die Furcht ist so stark, daß es sehr erregt wird und den Situationen oder Personen aus dem Weg geht. Ja Nein

19. Allgemeine Herabgestimmtheit
Mehrmals in der Woche (mehr als dreimal) ist mein Kind — häufig nur aus nichtigem Anlaß traurig und niedergeschlagen. Ja Nein

20. Stimmungsschwankungen
Es fällt mir auf, daß mein Kind in kurzer Zeit von sehr guter Laune zu sehr schlechter Laune wechseln kann. Dabei braucht nicht immer ein sichtbarer äußerer Anlaß vorzuliegen. Diese wechselhafte Stimmung ist mehrmals pro Woche (mehr als dreimal) zu beobachten. Ja Nein

21. Allgemeine Ängstlichkeit
Immer wenn mein Kind mit neuen Situationen, unbekannten Menschen oder Tieren konfrontiert wird, ist es sehr vorsichtig und hält sich zurück. Ja Nein

22. Nagelkauen
Mein Kind hat abgekaute Nägel. Ja Nein

23. Legasthenie
Im Lesen und/oder in der Rechtschreibung macht mein Kind mehr Fehler als die anderen Klassenkameraden. Dies ist um so unverständlicher, weil es sonst in der Schule befriedigende Leistungen zeigt. Ja Nein

24. Rechenschwäche
Obwohl mein Kind in allen Fächern gute oder befriedigende Schulleistungen zeigt, fällt es im Rechnen völlig ab. Ich kann mir dieses Leistungsversagen, das bereits über mehrere Jahre sichtbar wird, im Vergleich zu den anderen guten Leistungen nicht erklären. Ja Nein

25. Konzentrationsstörungen
Soll sich mein Kind für längere Zeit, z. B. eine halbe Stunde, mit einer geistigen Tätigkeit beschäftigen (Aufsatzschreiben, Rechnen, Rechnen, Zeichnen), so wird es zunehmend fahriger und läßt sich sehr schnell ablenken. Dadurch verliert es den Faden und die Lust an der Vollendung der Tätigkeit. Ja Nein

A N H A N G V

Mütterfragebogen

Allein von der Mutter auszufüllen!

Wir bitten Sie, folgende Fragen unbedingt *allein* zu beantworten. Auch Ihr Mann darf Ihnen dabei nicht helfen. Die Mithilfe jeder anderen Person bei der Beantwortung verfälscht die Ergebnisse und macht die Arbeit wertlos.

Wir danken für ihr Verständnis!

Wir legen Ihnen eine Reihe von Fragen vor. Bei jeder Frage sollen Sie eine der folgenden Antwortmöglichkeiten ankreuzen:

„Stimmt immer"
„Stimmt häufig"
„Stimmt manchmal"
„Stimmt nicht"

Oft wird ihnen die Antwort schwerfallen. Auch für derart schwierige Fragen, wie für alle anderen Sätze gilt:

- Entscheiden Sie sich für die eine Antwort, die noch am wahrscheinlichsten zutrifft.

  Bitte beantworten Sie *jede* Frage — und fällt Ihnen die Antwort auch noch so schwer.

- Bei jeder Frage nur *eine* Antwort ankreuzen. Nur die *eine* Antwort ankreuzen, die am besten zutrifft.

  Kreuzen Sie in dem einen Kreis (×) an, der zu Ihrer Antwort gehört.

Ich habe die Anleitung gelesen und bin bereit, jeden Satz offen zu beantworten.

	Stimmt immer	häufig	manchmal	nicht
1. Es tut gut, wenn man ausspannen kann.	○	○	○	○
2. Ich helfe meinem Kind bei seinen Schulaufgaben.	○	○	○	○
3. Ich habe Angst, es könnte meinem Kind etwas passieren, wenn ich es nicht um mich habe.	○	○	○	○
4. Es wäre für meine Familie besser, wenn das Kind in ein Heim käme.	○	○	○	○
5. Ich bin überlastet, wenn die Therapie meines Kindes mich zusätzlich Zeit kostet.	○	○	○	○
6. Kinder erziehen befriedigt mich wenig.	○	○	○	○
7. Die Nachbarschaft behandelt mich weniger freundlich wegen meines Kindes.	○	○	○	○
8. Ich bin Therapien gegenüber argwöhnisch.	○	○	○	○
9. Mein Kind darf mir widersprechen, wenn es mit etwas nicht einverstanden ist.	○	○	○	○

	Stimmt immer	häufig	manchmal	nicht
10. Mein Kind darf sich im Spiel mit anderen balgen.	○	○	○	○
11. Ich dringe bei meinem Kind auf Pünktlichkeit.	○	○	○	○
12. Mitbewohner oder Nachbarn schimpfen mein Kind aus oder weisen es zurecht.	○	○	○	○
13. Ein guter Therapeut wird ein Kind behandeln, ohne die Mutter zu beanspruchen.	○	○	○	○
14. Ich denke, ich kann mein Kind nicht länger ertragen.	○	○	○	○
15. Ich bin für Kritik an meinem Erziehungsverhalten zugänglich.	○	○	○	○
16. Ich kann dem Kind manches nicht erlauben, weil sich die Nachbarn beschweren würden.	○	○	○	○
17. Ich finde neben der Kindererziehung keine Zeit für meine Hobbies.	○	○	○	○
18. Ich nehme mir Zeit mit dem Kind zu spielen.	○	○	○	○
19. Durch Erziehung kann Verhalten eines Kindes verändert werden.	○	○	○	○
20. Ich arbeite bei der Behandlung meines Kindes mit dem Therapeuten gern zusammen.	○	○	○	○
21. Dem Kind ist es egal, ob sich die Mutter für seine Angelegenheiten interessiert oder nicht.	○	○	○	○
22. Es stört mich, wenn ich eine Verabredung nicht einhalte.	○	○	○	○
23. Mein Kind überfordert mich.	○	○	○	○
24. Ich lasse mir in der Erziehung nicht dreinreden.	○	○	○	○
25. Ein Kind hat im Leben so viele Dinge zu lernen, daß es nicht durch Spielen seine Zeit vergeuden darf.	○	○	○	○
26. Es ist schlecht für ein Kind, wenn es viel allein ist.	○	○	○	○
27. Die Nachbarn sind freundlich zu meinem Kind.	○	○	○	○
28. Mein Kind kann mich froh machen.	○	○	○	○
29. Ich lese gern über Kindererziehung.	○	○	○	○
30. Die Familie läßt mich allein mit den Problemen der Erziehung meines Kindes.	○	○	○	○

A N H A N G VI

Soziographischer Fragebogen

oziographischer Fragebogen

Person-Nr.

I. Angaben zur Mutter

Name . . . . . .

Anschrift . . . . . .

Alter . . . . . .

Telefon . . . . . .

II. Angaben zum Vater

Name . . . . . .

Anschrift . . . . . .

Alter . . . . . .

Telefon . . . . . .

II. Angaben zum Kind

Name . . . . . .

Anschrift . . . . . .

Alter . . . . . .

Schulklasse . . . . . .

Art der besuchten Schule Sonderschule 1
Volksschule 2
Mittelschule 3
Höhere Schule 4

Art der Behinderung . . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

Bisherige Therapien . . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

Datum der Bearbeitung . . . . . .

Bearbeiter . . . . . .

Mutter-Nummer . . . .

Folgende Fragen beziehen sich auf die Mutter (Ziffern Spalte I) und auf den Vater (Ziffern Spalte II).
Zutreffende *Ziffer ankreuzen.*

		Mutter I	Vater II
1. Familienstand	ledig	1	1
	verheiratet	2	2
	verwitwet	3	3
	geschieden/getrennt	4	4
2. Schulbildung	Sonderschule	1	1
	Volksschule	2	2
	Mittlere Reife	3	3
	Abitur	4	4
3. Beruf (ausgeübter)	ungelernter Arbeiter	1	1
	Facharbeiter	2	2
	Handwerker (selbst.)	3	3
	Landwirt (selbst.)	4	4
	Kaufmann (selbst.)	5	5
	Angest. o. Beamter einf.	6	6
	Angest. o. Beamter mittl.	7	7
	Angest. o. Beamter höher.	8	8
	Akademiker	9	9
	freiberuflich	10	10
	Invalide, Rentner	11	11
	noch in Ausbildung	12	12
	ohne Beruf	13	13
	„nur Hausfrau"	14	14
4. In welche Gruppe läßt sich der angegebene Beruf einordnen?	– Hilfstätigkeiten, die keine besonderen Fähigkeiten u. Erfahrungen im Betrieb erfordern	1	1
	– Hilfstätigkeiten mit einer Anlernzeit im Betrieb bis zu 3 Jahren (Lehre), bis zu einem Jahr	2	2
	– Tätigkeiten mit system. Ausbildung im Betrieb bis zu 3 Jahren (Lehre)	3	3
	– Tätigkeit nach angeschlossener Fachschulausbildung	4	4
	– Tätigkeit nach Hochschulausbildung	5	5

			Mutter I	Vater II
5.	In welchen Bereich läßt sich der Berufstätige einordnen?	– trifft praktisch keine eigenen Entscheidungen	1	1
		– leitet hauptsächlich Entscheidungen weiter	2	2
		– führt Entscheidungen aus, trifft aber auch selbst welche	3	3
		– die höchsten Entscheidungen liegen bei ihm	4	4
6.	Berufliche Beanspruchung	ganztägig	1	1
		halbtägig	2	2
		stundenweise	3	3
		nicht berufstätig	4	4
7.	Wirtschaftliche Lage	sehr wohlhabend	1	1
		gut	2	2
		ausreichend	3	3
		schlecht	4	4
8.	Mietverhältnis	Eigentümer des Hauses	1	1
		Eigentümer der Wohnung	2	2
		Hauptmieter	3	3
		Untermieter	4	4
		Wohnheim, Pension, Internat usw.	5	5
9.	Wohnverhältnisse	großzügig	1	1
		gut	2	2
		ausreichend	3	3
		sehr beengt	4	4
10.	Fahrzeit von Wohnung zur Schule	bis zu 30 min	1	1
		mehr als 30 min	2	2
		mehr als 60 min	3	3
11.	Es ist unmöglich, daß die Eltern für ihre K'nder eine Aufsicht (Babysitter etc.) finden	immer	1	1
		häufig	2	2
		selten	3	3
		nie	4	4
12.	Um das Kind kümmert sich	sehr intensiv	1	1
		normal	2	2
		oberflächlich	3	3
		gar nicht	4	4
13.	Gesundheitszustand	gut (praktisch nicht krank)	1	1
		mittel	2	2
		schlecht (häufig oder ständig krank oder behindert)	3	3

	Schule	Arbeit des Lehrers, nicht interessiert an	1	1
		Zusammenarbeit	2	2
		nur sporadisch zur Zusammenarbeit bereit	3	3
		interessiert ohne besonderes Engagement	4	4
		sehr bemüht und opferbereit	5	5
15.	Alter	25 und jünger	1	1
		26–30	2	2
		31–35	3	3
		36–40	4	4
		41–45	5	5
		46–50	6	6
		51 und älter	7	7

Folgende Fragen beziehen sich auf das behinderte Kind.
Zutreffende *Ziffer ankreuzen.*

			Kind III
16.	Schwere der Behinderung	leicht	1
		mittler	2
		schwer	3
		sehr schwer	4
17.	Das Kind kommt zur Schule mit:	Straßenbahn, Stadtbus	1
		Schulbus	2
		Privatauto	3
		Taxi	4
		zu Fuß	5
		Bahn	6
18.	Das Kind lebt bei	leiblichen Eltern	1
		Pflegeeltern	2
		Adoptiveltern	3
		im Heim	4
		leibl. Vater/Stiefmutter	5
		leibl. Mutter/Stiefvater	6
		Mutter allein	7
		Vater allein	8
		Großeltern, Verwandte	9
19.	Das Kind ist	aus normalen Familienverhältnissen	1
		aus stark gestörten Familienverhältnissen	2

			Kind III
20.	Das Kind ist	Vollwaise	1
		Halbwaise	2
		unehelich	3
		aus vollständiger Familie (beide Eltern leben)	4
21.	Geschwisterzahl	ohne	1
		eins	2
		zwei	3
		drei	4
		vier oder mehr	5
22.	Stellung in der Geschwisterreihe	Ältestes	1
		Mittleres	2
		Jüngstes	3
23.	Die Eltern sind geschieden oder leben getrennt	ja	1
		nein	2
24.	Alter des Kindes	6 und jünger	1
		7–9	2
		10–11	3

T A B E L L E N

Tabelle I: Ergebnisse Soziographischer Fragebogen (SF)

Diabetiker

	Alter am Tag d. Unters.	Alter d. Eltern i.Jahren weibl.	männl.	Familienst. d. Eltern	Schulbild. d. Eltern weibl.	männl.
1	13,11	43	42	vh	VS	VS
2	15,8	41	40	vh	VS	VS
3	17,11	43	46	vh	VS	VS
4	16,8	43	45	vh	VS	VS
5	10,1	38	41	vh	Abi	Abi
6	14,2	45	44	vh	VS	VS
7	17,8	52	54	vh	VS	VS
8	15,0	47	47	vh	Abi	Abi
9	10,4	39	38	vh	RS	Abi
10	16,4	43	42	vh	VS	VS
11	9,4	35	36	vh	VS	VS
12	14,5	42	--	gesch.	VS	--
13	17,8	46	45	vh	RS	VS
14	11,8	37	40	vh	VS	VS
15	11,1	30	33	vh	RS	RS
16	15,4	39	39	vh	VS	VS
17	12,7	38	36	vh	VS	VS
18	17,9	40	gest.	verw. led.	VS	--
19	14,7	40	41	vh	VS	RS
20	5,4	31	43	vh	VS	VS
21	10,5	40	41	vh	RS	RS
22	16,10	43	46	vh	VS	VS
23	11,2	41	43	vh	RS	Abi

Diabetiker

	Schulbild. d. Kindes	Beruf d. Eltern weibl.	männl.	Wirtschaftl. Lage	Mietverhältn.
1	VS	14	2	3	1
2	VS Lehre	14	2	3	1
3	RS Lehre	14	6	3	1
4	RS Lehre	14	6 (arbeitsl.)	3	3
5	VS	10	3	2	1
6	VS	14	2	3	1
7	RS	14	2	3	3
8	Gymn.	10	10	2	1
9	VS	14	9/8	2	1
10	VS	1	1	2	1
11	VS	14	2	3	3
12	VS	14	-	4	3
13	VS	14	6	3	3
14	RS	2	2	2	1
15	Gymn.	12	10	2	1
16	Gymn.	14	7	3	3
17	VS	14	2	3	3
18	Lehre RS	3	-	2	1
19	RS	14	7	3	1
20	ohne	6	3	2	1
21	VS	14	7	3	1
22	Sosch.	14	1	3	3
23	VS	14	7	3	1

Diabetiker

	Wohnverhältnis	Kind lebt bei	Kind ist aus	Kind ist	Geschwisterzahl	Stellung in d. Gesamtgeschw.-reihe
1	3	1	1	4	5	3
2	2	1	1	4	1	1
3	2	1	1	4	1	1
4	3	1	1	4	1	3
5	1	1	1	4	1	1
6	1	1	1	4	1	1
7	3	1	1	4	2	1
8	1	1	1	4	1	1
9	1	1	1	4	2	2
10	1	1	1	4	6	2
11	3	1	1	4	0	0
12	3	7	2	(4)	2	2
13	3	1	1	4	1	1
14	1	1	1	4	0	0
15	1	1	1	4	1	1
16	2	1	1	4	1	1
17	4	1	1	4	2	1
18	1	7	1	2	3	2
19	3	1	1	4	3	3
20	2	1	1	4	1	1
21	2	1	1	4	1	3
22	3	1	1	4	2	1
23	1	1	1	4	1	3

Diabetiker

	Eltern gesch./ getrennt	Krankheits-dauer	Klinik-aufenth. i.Wochen	Häufigkeit Arztbesuch letzte Jahr	Jahre davor
1	nein	6	6	mtl.	mtl.
2	nein	12	9	6 Wochen	6 Wochen
3	nein	12	9	mtl.	mtl.
4	nein	6	11	8 Wochen	4 Wochen
5	nein	9	8	mtl.	mtl.
6	nein	11	4	mtl.	mtl.
7	nein	9	25	mtl.	2 x Woche
8	nein	2	3	mtl.	mtl.
9	nein	4	6	1/4 Jahr	mtl.
10	nein	5	5	mtl.	mtl.
11	nein	2	3	mtl.	mtl.
12	ja	13	19	wöchentl.	mtl.
13	nein	9	9	tägig	mtl.
14	nein	1	3	mtl.	14-tägig
15	nein	8	3	wöchentl.	wöchentl.
16	nein	5	4	wöchentl.	mtl.
17	nein	3	2	14-tägig	mtl.
18	verw.	4	6	mtl.	14-tägig
19	nein	10	13	mtl.	mtl.
20	nein	3	3	mtl.	mtl.
21	nein	8	7	mtl.	mtl.
22	nein	7	22	mtl.	mtl.
23	nein	6	11	mtl.	mtl.

Onkologische
Kinder

	Alter am Tag d. Unters.	Alter d. Eltern i. Jahren weibl.	männl.	Familienst. d. Eltern	Schulbild. d. Eltern weibl.	männl.
1	14,7	37	41	vh	VS	RS
2	9,9	34	37	vh	VS	VS
3	6,3	26	29	vh	RS	RS
4	19,5	43	48	vh	VS	VS
5	18,10	40	41	vh	VS	VS
6	10,10	35	42	vh	VS	Abi
7	12,7	39	40	vh	Abi	Abi
8	15,11	43	44	vh	VS	VS
9	17,8	52	54	vh	VS	VS
10	3,2	32	39	vh	VS	VS
11	2,9	32	31	vh	RS	VS
12	2,11	25	--	led.	RS	--
13	2,9	45	38	vh	RS	Abi
14	4,3	27	31	vh	VS	VS
15	16,7	49	52	vh	SoS	VS
16	14,0	46	52	vh	VS	VS
17	4,0	26	32	vh	VS	VS
18	7,7	28	--	gesch.	VS	--
19	7,4	31	32	vh	VS	VS
20	10,9	36	41	vh	RS	RS
21	8,4	31	--	gesch.	VS	--
22	11,0	40	45	vh	VS	VS

Onkologische
Kinder

	Schulbild. d. Kindes	Beruf d. Eltern weibl.	männl.	Wirtschaftl. Lage	Mietverhältn.
1	VS	14	2	2	1
2	VS	14	2	3	1
3	--	12	1	3	3
4	RS	14	1	3	3
5	VS	14	2	3	3
6	VS	14	8	2	1
7	Gymn.	9	9	2	1
8	Gymn.	14	2	3	3
9	Lehre RS	14	2	3	1
10	--	14	2	3	1
11	--	14	2	3	3
12	--	14	-	3	3
13	--	14	9	2	1
14	--	6	3	2	1
15	VS	14	2	3	3
16	RS	14	1	3	3
17	--	14	6	3	3
18	Ki Gart.	14	-	3	1
19	VS	14	2	3	1
20	--	14	3	2	1
21	VS	14	-	4	3
22	VS	14	2	3	3

Onkologische
Kinder

	Wohnverhältnis	Kind lebt bei	Kind ist aus	Kind ist	Geschwisterzahl	Stellung i. d. Gesamtgeschw.reihe
1	2	1	1	4	1	3
2	2	1	1	4	2	2
3	3	1	1	4	1	1
4	2	1	1	4	3	2
5	3	1	1	4	2	1
6	2	1	1	4	1	3
7	2	1	1	4	1	3
8	3	1	1	4	2	1
9	2	2	1	3	5	3
10	1	1	1	4	0	1
11	3	1	1	4	0	1
12	3	6	1	3	0	1
13	1	1	1	4	1	3
14	1	1	1	4	0	1
15	3	1	1	4	6	2
16	2	1	1	4	3	3
17	3	1	1	4	1	3
18	2	6	1	4	3	2
19	1	1	1	4	1	1
20	2	1	1	4	4	2
21	3	7	2	-	1	3
22	2	1	1	4	1	3

Onkologische Kinder

	Eltern gesch./ getrennt	Krankheits-dauer	Klinik-aufenth. i.Wochen	Häufigk. letzte Jahr	Arztbesuch Jahre davor
1	nein	2	14	wöchentl.	wöchentl.
2	nein	1	10	10 x Monat	10 x Monat
3	nein	3	14	wöchentl.	wöchentl.
4	nein	6	10	2 x Woche	2 x Woche
5	nein	6	13	mtl.	mtl.
6	nein	2	12	mtl.	wöchentl.
7	nein	3	12	14-tägig	wöchentl.
8	nein	10	8	ohne	wöchentl.
9	ja	9	25	mtl.	2 x Woche
10	nein	1	18	wöchentl.	wöchentl.
11	nein	1	10	wöchentl.	wöchentl.
12	ja	1	10	wöchentl.	wöchentl.
13	nein	1	8	mehrfach Woche	mehrfach Woche
14	nein	2	8	14-tägig	wöchentl.
15	nein	15	8	mtl.	14-tägig
16	nein	5	24	14-tägig	14-tägig
17	nein	1	11	wöchentl.	wöchentl.
18	ja	4	12	1/4-jährl.	2 x Woche
19	nein	1	9	wöchentl.	wöchentl.
20	nein	7	13	wöchentl.	1/4-jährl.
21	ja	7	16	wöchentl.	wöchentl.
22	nein	9	24	1/4-jährl.	1/4-jährl.

Tabelle II: Ergebnisse des Interviews

Diabetiker

	Mutter									Vater					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1		X			X										
2		X			X										
3		X													
4		X									X				
5	X	X													
6	X	X			X	X		X	X			X		X	X
7											X				
8		X													
9		X	X	X			X		X						
10		X									X	X			
11		X											X		
12	X	X						X			X		X		
13		X		X											
14	X	X		X	X						X				
15		X													
16		X			X				X						
17		X													
18					X										
19	X	X			X				X		X	X			
20											X				
21		X							X						
22	X					X			X		X		X		
23	X	X		X											

Diabetiker

	Elternbeziehung									
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
1						X	X			
2										
3				X						
4								X		
5	X		X	X		X				
6	X	X	X	X		X	X		X	X
7										
8							X			
9										
10				X						
11						X				
12	X		X	X		X	X		X	
13				X		X	X			
14				X			X			
15				X		X	X			
16						X				
17										
18										
19			X					X		
20				X						
21										
22			X	X			X		X	X
23	X		X	X		X	X		X	X

Diabetiker

Skalenbenennung siehe folgende Seite

	Geschwister								Gefühle				
	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38
1		X								X			
2													
3													
4													
5										X			
6	X		X	X			X		X	X			X
7													
8													
9		X											
10													
11							X						
12	X		X	X					X				
13										X			
14										X		X	
15													
16													
17		X											
18		X											
19								X					
20								X					
21													
22	X		X			X				X			
23								X					

Skalenbenennung

1 = Übermäßig gefordert
2 = Schockreaktion bei Diagnose
3 = Schuldgefühle als Überträger
4 = Mutter Sohn Symbiose
5 = Leugnung des Ausmaßes der Krankheit
6 = Ablehnung u. Vernachlässigung des Kindes
7 = Erhöhung der Mutterrolle
8 = Aggression gegen Kind
9 = Schuldgefühle gegen ges. Kinder
10 = Doppelbindungsproblem
11 = Enterbter Vater
12 = Flucht in Arbeit
13 = Krankheit als Angriff
14 = Ablehnung u. Vernachlässigung
15 = Aggressionen gegen Kind
16 = Abnahme außerfamiliärer Kontakte
17 = Flucht in Vergnügen
18 = Besondere pflegerische Belastungen
19 = Überbehütung - weibl.
20 = Überbehütung - männl.
21 = Chronic sorrow
22 = Verhaltensunsicherer Elternteil - weibl.
23 = Verhaltensunsicherer Elternteil - männl.
24 = Mangelnde Kommunikation
25 = Spannungen zw. Partnern
26 = Spannungen zw. Geschwistern
27 = Besonderes Sorgen
28 = Aggressionen gegen
29 = Abnahme außerfamiliärer Kontakte
30 = Probleme bei Freundschaften
31 = Schulschwierigkeiten, z.B. Sitzenbleiben
32 = Verstimmung, Irritierung
33 = Schuldgefühle
34 = Nichts vom Leben haben
35 = Überbelastung eines Elternteils
36 = Verlustängste
37 = Versagensängste
38 = Widerspruch Fürsorgeangst

Onkologische Kinder	Mutter										Vater				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	X	X	X					X							
2		X		X					X						
3		X									X				
4		X	X												
5		X													
6	X	X		X				X	X						
7	X	X	X						X				X		
8	X	X	X	X					X		X	X	X	X	X
9											X				
10	X	X						X					X		
11	X	X									X	X	X	X	X
12	X	X	X	X											
13		X									X	X	X	X	X
14	X	X													
15		X						X			X	X	X	X	X
16		X											X		
17	X	X													
18	X	X									X	X	X	X	X
19		X													
20	X	X							X						
21	X	X						X	X		X	X	X	X	X
22		X													

Onkologische Kinder

	Elternbeziehung									
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
1			X			X	X			
2			X				X			
3						X		X	X	
4				X		X				X
5				X						
6									X	
7			X			X	X		X	X
8			X			X	X		X	X
9										
10	X		X			X			X	
11								X	X	X
12	X		X	X			X		X	X
13	X				X	X		X	X	X
14		X							X	X
15			X	X		X	X	X	X	X
16										
17	X					X				
18	X		X	X		X			X	X
19										
20										
21	X		X	X		X			X	X
22										

Onkologische Kinder

Skalenbenennung siehe folgende Seite

	Geschwister								Gefühle				
	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38
1	X												
2	X												
3	X		X										
4		X		X									
5													
6			X			X							
7	X	X					X						
8	X		X			X				X			
9													
10									X				
11										X			
12										X			
13									X	X			
14										X			
15	X	X	X			X				X			
16													
17													
18													
19													
20			X										
21	X		X				X		X	X			
22													

Skalenbenennung

1 = Übermäßig gefordert
2 = Schockreaktion bei Diagnose
3 = Schuldgefühle als Überträger
4 = Mutter Sohn Symbiose
5 = Leugnung des Ausmaßes der Krankheit
6 = Ablehnung u. Vernachlässigung des Kindes
7 = Erhöhung der Mutterrolle
8 = Aggression gegen Kind
9 = Schuldgefühle gegen ges. Kinder
10 = Doppelbindungsproblem
11 = Enterbter Vater
12 = Flucht in Arbeit
13 = Krankheit als Angriff
14 = Ablehnung u. Vernachlässigung
15 = Aggressionen gegen Kind
16 = Abnahme außerfamiliärer Kontakte
17 = Flucht in Vergnügen
18 = Besondere pflegerische Belastungen
19 = Überbehütung - weibl.
20 = Überbehütung - männl.
21 = Chronic sorrow
22 = Verhaltensunsicherer Elternteil - weibl.
23 = Verhaltensunsicherer Elternteil - männl.
24 = Mangelnde Kommunikation
25 = Spannungen zw. Partnern
26 = Spannungen zw. Geschwistern
27 = Besonderes Sorgen
28 = Aggressionen gegen
29 = Abnahme außerfamiliärer Kontakte
30 = Probleme bei Freundschaften
31 = Schulschwierigkeiten, z.B. Sitzenbleiben
32 = Verstimmung, Irritierung
33 = Schuldgefühle
34 = Nichts vom Leben haben
35 = Überbelastung eines Elternteils
36 = Verlustängste
37 = Versagensängste
38 = Widerspruch Fürsorgeangst

Tabelle III/IV: QRS u. Fragebogen für Verhaltensstörungen - Schmidtchen

QRS
u. Fragebogen
für Verhaltens-
störungen

Diabetiker

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	2	5	6	6	4	6	5	5	3	1	5
2	0	0	4	3	1	5	2	3	0	0	4
3	1	1	1	4	1	4	0	3	2	1	4
4	7	0	1	8	8	2	2	3	3	1	4
5	2	3	5	9	2	3	4	5	2	0	1
6	12	5	3	7	6	5	1	4	10	2	7
7	0	2	1	2	1	1	1	0	2	0	2
8	2	2	4	4	0	3	3	4	5	0	0
9	2	1	4	5	2	6	3	2	1	1	3
10	5	1	1	2	1	3	0	2	3	1	4
11	8	4	7	4	2	4	2	3	2	1	3
12	14	9	6	12	9	7	5	5	15	3	10
13	6	5	5	12	1	4	5	4	1	0	5
14	7	4	5	4	8	1	5	7	3	0	0
15	7	1	1	3	2	4	1	2	2	0	4
16	4	0	2	1	3	5	1	4	3	0	3
17	3	0	4	3	1	4	3	4	0	1	4
18	1	0	3	4	1	1	2	6	2	0	1
19	5	1	6	9	5	5	4	4	1	1	1
20	13	2	3	5	0	2	3	4	1	1	8
21	4	0	3	2	0	2	2	4	0	1	1
22	18	7	5	11	8	8	5	5	12	0	6
23	6	6	3	5	5	4	3	3	3	1	4

QRS
u. Fragebogen
für Verhaltens-
störungen

Skalenbenennung
siehe
folgende Seite

Diabetiker

	12	13	14	15	16	Gesamt
1	2	0	1	2	3	54
2	1	0	0	2	2	27
3	1	0	1	2	2	27
4	3	1	0	2	3	41
5	2	1	0	1	5	43
6	1	4	1	2	13	71
7	0	0	0	1	1	14
8	2	0	1	2	2	32
9	3	0	0	3	3	37
10	1	0	0	2	1	22
11	6	0	0	2	6	46
12	1	3	1	1	18	105
13	2	0	0	3	8	55
14	2	0	0	1	7	47
15	1	0	0	2	1	24
16	1	0	0	2	3	28
17	2	0	2	3	1	32
18	2	0	0	1	1	24
19	3	1	1	3	3	48
20	1	0	0	1	8	39
21	2	0	1	2	3	23
22	3	3	3	4	20	100
23	1	0	0	2	1	41

QRS
u. Fragebogen für Verhaltensstörungen

Diabetiker

Skalenbenennung

1 = Fragebogen für Verhaltensstörungen
2 = Poor Health, Mood
3 = Excess Time Demands
4 = Negative Attitude Toward Index case
5 = Overprotection/Dependency
6 = Lack of Social Support
7 = Overcommitment, Martyrdom
8 = Pessimism
9 = Lack of Family Integration
10 = Limits on Family Opportunity
11 = Financial Problems
12 = Physical Incapacitation
13 = Lack of Activities for Index case
14 = Occupational Limitations for Index case
15 = Social Obtrusiveness
16 = Difficult Personality characteristics

QRS
u. Fragebogen
für Verhaltens-
störungen

Onkologische
Kinder

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	13	2	8	8	7	5	2	1	2	3	6
2	4	6	5	10	3	3	3	5	2	3	11
3	6	9	8	12	4	3	2	4	4	2	4
4	4	3	1	2	3	2	1	0	3	0	2
5	1	2	1	2	1	1	1	0	2	0	4
6	5	2	4	5	3	2	2	3	3	1	4
7	8	5	0	5	4	3	0	5	4	1	0
8	2	5	1	5	2	4	2	0	5	0	3
9	0	2	1	2	1	1	1	0	2	0	2
10	2	4	9	14	6	3	2	7	4	1	2
11	3	3	6	9	4	3	2	3	3	1	1
12	3	6	9	10	4	2	4	0	2	2	3
13	3	2	6	6	2	2	2	3	2	2	1
14	2	4	5	7	0	4	3	2	2	0	1
15	9	10	5	12	6	4	5	2	9	0	4
16	1	2	6	5	2	4	1	1	2	1	5
17	8	3	5	9	3	3	2	2	3	1	6
18	3	1	1	3	0	2	0	3	2	1	3
19	3	1	2	1	0	3	1	0	2	0	2
20	5	6	7	11	9	4	4	7	1	3	2
21	10	10	11	14	9	4	4	10	5	8	13
22	8	1	2	5	0	3	1	0	2	0	3

QRS
u. Fragebogen
für Verhaltens-
störungen

Skalenbenennung
siehe
folgende Seite

Onkologische
Kinder

	12	13	14	15	16	Gesamt
1	2	0	0	2	9	57
2	2	0	1	2	4	60
3	2	2	1	4	4	65
4	1	0	1	1	0	20
5	1	0	1	2	4	22
6	4	1	0	2	10	46
7	3	1	0	2	5	38
8	0	0	0	1	1	29
9	0	0	0	1	1	14
10	8	4	2	2	10	78
11	4	0	0	3	5	47
12	4	1	0	4	6	57
13	4	0	0	1	13	46
14	1	0	1	3	4	37
15	3	2	2	3	6	73
16	5	0	1	2	0	37
17	0	0	2	2	3	44
18	0	0	0	2	3	21
19	1	0	0	3	4	20
20	7	4	5	2	7	79
21	5	0	2	2	10	107
22	3	0	0	2	4	26

Tabelle V: Mütterfragebogen

Diabetiker	Mütterfragebogen (MF)												
	Skala												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Ges.
1	0	1	0	1	3	0	4	1	3	4	2	4	23
2	0	1	0	1	4	0	2	0	2	4	2	4	20
3	0	1	0	1	4	0	3	0	2	4	2	4	21
4	0	1	0	1	3	0	3	0	1	4	2	4	19
5	0	2	0	0	4	0	3	1	2	4	2	4	22
6	0	1	0	0	4	0	2	0	3	1	0	2	13
7	0	1	0	1	4	0	2	0	2	4	2	4	20
8	0	2	0	1	3	0	2	0	2	4	2	4	20
9	0	2	0	1	4	0	3	0	3	4	2	5	24
10	0	2	0	1	4	0	2	1	2	4	2	4	22
11	0	1	0	1	4	0	4	0	3	4	2	3	22
12	0	1	0	1	3	0	2	2	1	1	0	3	14
13	0	2	0	1	4	0	3	0	2	3	2	4	21
14	0	2	0	0	4	0	1	0	2	4	2	4	19
15	0	2	0	1	3	0	3	1	2	4	2	3	21
16	0	1	0	1	3	0	4	0	2	4	2	4	21
17	0	2	0	1	4	0	4	0	3	3	2	4	23
18	0	1	0	1	4	0	2	0	3	4	2	4	21
19	0	2	0	1	4	0	3	1	2	4	2	5	24
20	0	2	0	1	4	0	2	1	3	4	2	4	23
21	0	1	0	1	4	0	3	0	3	4	2	4	22
22	0	1	0	0	4	0	3	1	3	4	1	5	22
23	0	2	0	0	4	0	4	1	3	4	2	4	24

Onkol. Kinder — Mütterfragebogen (MF)

	Skala												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Ges.
1	0	1	0	1	2	0	3	0	3	4	2	5	21
2	0	2	0	1	3	0	3	1	2	4	2	5	22
3	0	1	0	1	3	0	3	1	3	4	1	1	18
4	0	2	0	0	4	0	4	0	3	4	2	5	24
5	0	1	0	1	4	0	2	0	2	4	2	2	18
6	0	1	0	1	4	0	3	0	2	4	2	5	22
7	0	2	0	1	4	0	3	0	3	4	2	4	23
8	0	2	0	0	4	0	3	0	3	4	2	4	22
9	0	1	0	1	4	0	2	0	2	4	2	4	20
10	0	1	0	0	4	0	3	2	3	3	2	4	22
11	0	1	0	1	4	0	4	0	3	4	2	4	23
12	0	1	0	0	4	0	4	0	3	4	2	5	23
13	0	2	0	1	4	0	4	0	3	4	2	4	24
14	0	1	0	0	3	0	4	0	3	4	2	5	22
15	0	1	0	1	3	0	1	1	3	4	1	4	19
16	0	2	0	1	4	0	4	0	2	4	2	4	23
17	0	0	0	1	4	0	3	0	3	3	2	4	20
18	0	2	0	1	4	0	4	0	2	4	2	4	27
19	0	1	0	0	1	0	5	0	3	4	2	5	20
20	0	1	0	1	4	0	3	1	3	4	2	5	24
21	0	1	0	0	4	0	4	1	2	0	1	2	15
22	0	1	0	1	4	0	2	1	2	4	2	2	19

Danksagung

Mein Dank gilt den Eltern der betroffenen Kinder, ohne deren Hilfe die Arbeit nicht entstanden wäre.

Meinem Doktorvater, Herrn Professor Dr. Walter Piel, Lehrstuhl für Sonderpädagogische Psychologie an der Universität Dortmund, danke ich für die Überlassung des Themas und die nicht nachlassende hilfreiche Betreuung bei der Arbeit.

Herrn Professor Dr. H.G. Hansen und Herrn Professor Dr. H. Gunschera für die Überlassung des Datenmaterials, Herrn Oberarzt Dr. Klaus Giese für die Kontaktaufnahme zu den Familien, desgleichen Herrn Oberarzt Dr. habil. Uwe Wulff, Herrn Dipl.-Psychologe G. Leßmann, Hochschule der Bundeswehr in Hamburg, danke ich für die Überlassung der Rechenprogramme und die Hilfestellung bei der Rechenprozedur. Herrn Professor Dr. phil. W. Brüne spreche ich meinen Dank für die Bereitschaft zur Übernahme des Korreferates aus.

Meiner Frau und meiner Tochter danke ich für die hilfreiche Unterstützung bei der Auswertung der sehr umfangreichen Fragebögen.
Ich danke meiner Familie für das Verständnis für meine vermehrte physische und psychische Abwesenheit.

L e b e n s l a u f

Am 11.4.1943 wurde ich als 4. Kind des Landwirtes Heinrich Hümme und seiner Ehefrau Frieda, geb. Rehbein, in Lübeck geboren. Dort verlebte ich meine Kindheit, besuchte ab 1949 die Volksschule und wechselte 1953 auf ein mathematisch-naturwissenschaftlich-neusprachliches Gymnasium in Lübeck über und legte dort 1964 die Abiturprüfung ab.

Im Anschluß daran ging ich als Polizeivollzugsbeamter zum Bundesgrenzschutz. Diesen Dienst beedete ich auf eigenen Wunsch mit dem Dienstgrad eines Fahnenjunkers im Bundesgrenzschutz zum 1.1.1965.

Zum Wintersemester 1965/66 immatrikulierte ich mich zum Studium der Psychologie und Erziehungswissenschaften an der Christian-Albrechts-Universität Kiel. Im Nebenfach studierte ich Philosophie, Physiologie, Psychopathologie/ Psychiatrie und Zoologie. Nach der Diplom-Vorprüfung im Sommer 1968 immatrikulierte ich mich zum Psychologie-Studium und Studium der Erziehungswissenschaften an der Universität Hamburg. Dort studierte ich zwei Semester und kehrte dann nach Kiel zurück, wo ich nach dem Wintersemester 1969/70 die Diplom-Hauptprüfung für Psychologie ablegte.

Zum 1. Mai 1970 wurde ich Wissenschaftlicher Angestellter an der Kinderklinik der Medizinischen Hochschule Lübeck, wo ich mich besonders mit Problemen der Psychosomatik des Kindesalters, kindlichen Entwicklungsstörungen und der psychosozialen Dimension der Krankheiten im Kindesalter beschäftigte. Während dieser Zeit bildete ich mich berufsbegleitend fort in der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie, mit Zertifikat als Verhaltenstherapeut und Fachpsychologe für Klinische Psychologie.

1974 wechselte ich an das Psychologische Seminar der Pädagogischen Hochschule Kiel, wo ich mich besonders mit Lern- und Leistungsstörungen im Kindesalter und schulischem Versagen beschäftigte.
Zum Wintersemester 1975 wechselte ich dann als Dozent an den Fachbereich Sozialwesen der Fachhochschule Kiel, wo ich das Fachgebiet Sozialpädagogik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Sozialpädagogik im Gesundheitswesen vertrete. Darüberhinaus lehre ich Gesprächsführung und Verhaltensdiagnostik.
Seit 1980 bin ich zum Zwecke eines Promotionsstudiums an der Universität Dortmund immatrikuliert.
Meine akademischen Lehrer waren die Herren Professoren Brüne, Moog und Piel in Dortmund, Hofstätter, Pawlik und Tausch in Hamburg, Traxel und Wegener in Kiel und Bartels, Fenner, Gunschera, Halsband, Hansen und Petersen in Lübeck.

1966 heiratete ich meine Frau Anke, geb. Langfeldt. Unsere Tochter Sandra Insa wurde 1967 geboren, unser Sohn Tim-Hendric 1976.